



ABC Cardiol

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Resumo das Comunicações

Volume	Número	Suplemento
120	12	2
Dezembro 2023		

Sociedade Brasileira de Cardiologia
ISSN-0066-782X



19º Congresso do Departamento
de Hipertensão Arterial da SBC
DHA2023

CIÊNCIA, INOVAÇÃO E NOVOS RUMOS NA PRÁTICA CLÍNICA



ABC Cardiol

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Corpo Editorial

Editor-Chefe

Carlos Eduardo Rochitte

Coeditor Internacional

João Lima

Editor de Mídias Sociais

Tiago Senra

Editor de Consultoria Chinesa

Ruhong Jiang

Editores Associados

Cardiologia Clínica

Gláucia Maria Moraes de Oliveira

Natália Quintella Sangiorgi Olivetti (coeditora)

Cardiologia Cirúrgica

Alexandre Siciliano Colafranceschi

Cardiologia Intervencionista

Pedro A. Lemos

Cardiologia Pediátrica/Congênitas

Vitor C. Guerra

Arritmias/Marca-passo

Maurício Scanavacca

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Nuno Bettencourt

Pesquisa Básica ou Experimental

Marina Politi Okoshi

Epidemiologia/Estatística

Marcio Sommer Bittencourt

Hipertensão Arterial

Paulo Cesar B. V. Jardim

Ergometria, Exercício e Reabilitação Cardíaca

Ricardo Stein

Genética

Natália Quintella Sangiorgi Olivetti

Primeiro Editor (1948-1953)

† Jairo Ramos

Conselho Editorial

Brasil

Aguinaldo Figueiredo de Freitas Junior – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia GO – Brasil

Alfredo José Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Aloir Queiroz de Araújo Sobrinho – Instituto de Cardiologia do Espírito Santo, Vitória, ES – Brasil

Amanda Guerra de Moraes Rego Sousa Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Ana Clara Tude Rodrigues – Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

André Labrunie – Hospital do Coração de Londrina (HCL), Londrina, PR – Brasil

Andrei Carvalho Sposito – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil

Angelo Amato Vincenzo de Paola Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Augusto Barbosa Lopes – Instituto do Coração Incor HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos de Camargo Carvalho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Antônio Carlos Palandri Chagas – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Carlos Pereira Barretto – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Antonio de Padua Mansur – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Ari Timerman (SP) – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil

Ayrton Pires Brandão – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Beatriz Matsubara – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), São Paulo, SP – Brasil

Brivaldo Markman Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Bruno Caramelli – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carisi A. Polanczyk – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

Carlos Eduardo Rochitte Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Eduardo Suaide Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Instituto do Coração (Incor HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Celso Amodeo – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brasil

Charles Mady – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Claudio Gil Soares de Araujo – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cláudio Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Cleonice Carvalho C. Mota – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil

Clerio Francisco de Azevedo Filho – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Dalton Bertolim Prêcoma – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Curitiba, PR – Brasil

Dário C. Sobral Filho – Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE – Brasil

Décio Mion Junior – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Denilson Campos de Albuquerque – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Djair Brindeiro Filho – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil

Edmar Atik – Hospital Sírio Libanês (HSL), São Paulo, SP – Brasil

Emilio Hideyuki Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Porto Alegre, RS – Brasil

Enio Buffolo – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil

Eulógio E. Martinez Filho – Instituto do Coração (Incor), São Paulo, SP – Brasil

Evandro Tinoco Mesquita – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Expedito E. Ribeiro da Silva – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Fábio Vilas Boas Pinto – Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), Salvador, BA – Brasil
Fernando Bacal – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Flávio D. Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil
Francisco Antonio Helfenstein Fonseca – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil
Gílson Soares Feitosa – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil
Gláucia Maria M. de Oliveira – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Hans Fernando R. Dohmann, AMIL – Assist. Médica Internacional LTDA., Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Humberto Villacorta Junior – Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ – Brasil
Ines Lessa – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA – Brasil
Iran Castro – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil
Jarbas Jakson Dinkhuysen – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FA), São Paulo, SP – Brasil
João Pimenta – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP – Brasil
Jorge Ilha Guimarães – Fundação Universitária de Cardiologia (IC FUC), Porto Alegre, RS – Brasil
José Antonio Franchini Ramires – Instituto do Coração Incor HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil
José Augusto Soares Barreto Filho – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE – Brasil
José Carlos Nicolau – Instituto do Coração (Incor), São Paulo, SP – Brasil
José Lázaro de Andrade – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP – Brasil
José Pérciles Esteves – Hospital Português, Salvador, BA – Brasil
Leonardo A. M. Zornoff – Faculdade de Medicina de Botucatu Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP – Brasil
Leopoldo Soares Piegas – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Fundação Adib Jatene (IDPC/FA) São Paulo, SP – Brasil
Lucia Campos Pellanda – Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS – Brasil
Luís Eduardo Paim Rohde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil
Luís Cláudio Lemos Correia – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, BA – Brasil
Luiz A. Machado César – Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC – Brasil
Luiz Alberto Piva e Mattos – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil
Marcia Melo Barbosa – Hospital Socor, Belo Horizonte, MG – Brasil
Marcus Vinícius Bolívar Malachias – Faculdade Ciências Médicas MG (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brasil
Maria da Consolação V. Moreira – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil
Mario S. S. de Azeredo Coutinho – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil
Maurício Ibrahim Scanavacca – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Max Grinberg – Instituto do Coração do HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil
Michel Batlouni – Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brasil
Murilo Foppa – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS – Brasil
Nadine O. Clausell – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil
Orlando Campos Filho – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil
Otávio Rizzi Coelho – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP – Brasil
Otoni Moreira Gomes – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG – Brasil
Paulo Andrade Lotufo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil

Paulo Cesar B. V. Jardim – Universidade Federal de Goiás (UFG), Brasília, DF – Brasil
Paulo J. F. Tucci – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil
Paulo R. A. Caramori – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS – Brasil
Paulo Roberto B. Évora – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP – Brasil
Paulo Roberto S. Brofman – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR – Brasil
Pedro A. Lemos – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil
Protásio Lemos da Luz – Instituto do Coração do HCFMUSP (INCOR), São Paulo, SP – Brasil
Reinaldo B. Bestetti – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, SP – Brasil
Renato A. K. Kalil – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC/FUC), Porto Alegre, RS – Brasil
Ricardo Stein – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Porto Alegre, RS – Brasil
Salvador Rassi – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FM/GO), Goiânia, GO – Brasil
Sandra da Silva Mattos – Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco, Recife, PE – Brasil
Sandra Fuchs – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil
Sergio Timerman – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil
Sílvio Henrique Barberato – Cardioeco Centro de Diagnóstico Cardiovascular (CARDIOECO), Curitiba, PR – Brasil
Tales de Carvalho – Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC – Brasil
Vera D. Aiello – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da (FMUSP, INCOR), São Paulo, SP – Brasil
Walter José Gomes – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brasil
Weimar K. S. B. de Souza – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (FMUFG), Goiânia, GO – Brasil
William Azem Chalela – Instituto do Coração (INCOR HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil
Wilson Mathias Junior – Instituto do Coração (Incor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brasil

Exterior

Adelino F. Leite-Moreira – Universidade do Porto, Porto – Portugal
Alan Maisel – Long Island University, Nova York – EUA
Aldo P. Maggioni – ANMCO Research Center, Florença – Itália
Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal
Ana Maria Ferreira Neves Abreu – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal
Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal
Ana Teresa Timóteo – Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal
Fausto Pinto – Universidade de Lisboa, Lisboa – Portugal
Hugo Grancelli – Instituto de Cardiología del Hospital Español de Buenos Aires – Argentina
James de Lemos – Parkland Memorial Hospital, Texas – EUA
João A. Lima, Johns – Johns Hopkins Hospital, Baltimore – EUA
John G. F. – Cleland Imperial College London, Londres – Inglaterra
Jorge Ferreira – Hospital de Santa Cruz, Carnaxide – Portugal
Manuel de Jesus Antunes – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal
Marco Alves da Costa – Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal
Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira – Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal
Maria Pilar Tornos – Hospital Quirónsalud Barcelona, Barcelona – Espanha
Nuno Bettencourt – Universidade do Porto, Porto – Portugal
Pedro Brugada – Universiteit Brussel, Brussels – Bélgica
Peter A. McCullough – Baylor Heart and Vascular Institute, Texas – EUA
Peter Libby – Brigham and Women's Hospital, Boston – EUA
Roberto José Palma dos Reis – Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Conselho Administrativo – Mandato 2023 (Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Região Norte/Nordeste

Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)
Sérgio Tavares Montenegro (PE)

Região Leste

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Andréa Araujo Brandão (RJ) – Presidente do Conselho Administrativo

Região Paulista

Celso Amodeo (SP)
João Fernando Monteiro Ferreira (SP)

Região Central

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG) – Vice-presidente do Conselho Administrativo
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Região Sul

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)
Gerson Luiz Bredt Júnior (PR)

Comitê Científico

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)
Ibraim Masciarelli Francisco Pinto (SP)
Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

Presidentes das Soc. Estaduais e Regionais

SBC/AL – Pedro Henrique Oliveira de Albuquerque	SBC/MS – Mauro Rogério de Barros Wanderley Júnior	SBC/RN – Antônio Amorim de Araújo Filho
SBC/AM – Mônica Regina Hosannah da Silva e Silva	SBC/MT – Fábio Argenta	SBC/SC – Daniel Medeiros Moreira
SBC/BA – Joberto Pinheiro Sena	SBC/NNE – José Albuquerque de Figueiredo Neto	SBC/SE – Ursula Maria Moreira Costa Burgos
SBC/CE – Almino Cavalcante Rocha Neto	SBC/PA – João Maria Silva Rodrigues	SBC/TO – Ibsen Suetônio Trindade
SBC/DF – Fausto Stauffer Junqueira de Souza	SBC/PB – Guilherme Veras Mascena	SOCERON – Marcelo Salame
SBC/ES – José Airton de Arruda	SBC/PE – Carlos Japhet Da Matta Albuquerque	SOCERGS – Fábio Cañellas Moreira
SBC/GO – Humberto Graner Moreira	SBC/PI – Jônatas Melo Neto	SOCESP – Ieda Bisceglji Jatene
SBC/MA – Francisco de Assis Amorim de Aguiar Filho	SBC/PR – Olímpio R. França Neto	
SBC/MG – Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto	SOCERJ – Ronaldo de Souza Leão Lima	

Departamentos e Grupos de Estudo

SBC/DA – Marcelo Heitor Vieira Assad	SBCCV – João Carlos Ferreira Leal	DCC/GERTC – Adriano Camargo de Castro Carneiro
SBC/DCC – Bruno Caramelli	SOBRAC – Fatima Dumas Cintra	DCC/GECO – Roberto Kalil Filho
SBC/DCC/CP – Cristiane Nunes Martins	SBHCI – Ricardo Alves da Costa	DEIC/GEICPED – Estela Azeka
SBC/DCM – Maria Cristina Costa de Almeida	DCC/GEICP – Marcelo Luiz da Silva Bandeira	DEIC/GEMIC – Marcus Vinicius Simões
SBC/DECAGE – José Carlos da Costa Zanon	DCC/GECOP – Maria Verônica Câmara dos Santos	DEIC/GETAC – Sílvia Moreira Ayub Ferreira
SBC/DEIC – Mucio Tavares de Oliveira Junior	DCC/GEPREVIEW – Isabel Cristina Britto Guimarães	DERC/GECESP – Marconi Gomes da Silva
SBC/DEMCA – Álvaro Avezum Junior	DCC/GAPO – Luciana Savoy Fornari	DERC/GEEN – Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira
SBC/DERC – Ricardo Quental Coutinho	DCC/GEAT – Carlos Vicente Serrano Junior	DERC/GERCPM – Pablo Marino Corrêa Nascimento
SBC/DFCVR – Elmiro Santos Resende	DCC/GECETI – João Luiz Fernandes Petriz	
SBC/DHA – Lucélia Batista Neves Cunha Magalhães	DCC/GEDORAC – Sandra Marques e Silva	
SBC/DIC – André Luiz Cerqueira de Almeida	DCC/GEECG – Nelson Samesima	

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Volume 120, Nº 12, Supl. 2, Dezembro 2023

Indexação: ISI (Thomson Scientific), Cumulated Index Medicus (NLM),
SCOPUS, MEDLINE, EMBASE, LILACS, SciELO, PubMed



Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330
20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brasil

Tel.: (21) 3478-2700

E-mail: arquivos@cardiol.br

<http://abccardiol.org/>

SciELO: www.scielo.br

Departamento Comercial

Telefone: (11) 3411-5500

e-mail: comercialsp@cardiol.br

Produção Editorial

SBC - Setor Científico

Produção Gráfica e Diagramação

SBC - Setor de Comunicação e
Marketing

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião da SBC.

Material de distribuição exclusiva à classe médica. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia não se responsabilizam pelo acesso indevido a seu conteúdo e que contrarie a determinação em atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 96/08 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atualiza o regulamento técnico sobre Propaganda, Publicidade, Promoção e informação de Medicamentos. Segundo o artigo 27 da insígnia, "a propaganda ou publicidade de medicamentos de venda sob prescrição deve ser restrita, única e exclusivamente, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar tais produtos (...)".

Garantindo o acesso universal, o conteúdo científico do periódico continua disponível para acesso gratuito e integral a todos os interessados no endereço: www.arquivosonline.com.br.

3

VELOCIDADE DE ONDA DE PULSO E NÍVEIS DE ELETRÓLITOS DE PACIENTES DIABÉTICOS: ESTUDO DE CORRELAÇÃO

MENDES, M M (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MAGALHÃES, L B N C (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ARAÚJO, C F (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL), SANTANA, A I C (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL), LIMA, R L S (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MERCÊS, M C (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL), CERQUEIRAL, M M B D F (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL), BRUSTOLIM, D (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ALVES, R (UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Introdução: A velocidade da onda de pulso (PWV) é considerada o padrão ouro para avaliar a rigidez arterial, sendo este um marcador relevante de desfechos cardiovasculares desfavoráveis. Assim como os níveis elevados de sódio podem exercer disfunção endotelial e rigidez arterial, em contrapartida o potássio atua como protetor vascular. Objetivo: Avaliar a correlação entre valores de sódio e potássio urinário das 24 horas e rigidez arterial entre pacientes diabéticos. **Métodos:** Metodologia: Estudo quantitativo, realizado em um centro comunitário de Salvador-Bahia. Foi realizado agendamento de exames para pacientes com diagnóstico de diabetes. Os procedimentos de coleta de dados envolveram aplicação de questionário, coleta de urina de 24 horas para dosagens de sódio e potássio e medida da velocidade da onda de pulso (VOP) com tonômetro de achatamento SphygmoCor® na clínica escola UniFTC. A análise de dados envolveu medidas descritivas e o coeficiente de

correlação linear de Spearman entre os testes laboratoriais e a VOP ajustada. O software STATA v.12 foi usado para tratamento e geração de resultados. O nível de significância estatística foi definido em 5%. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados:** Resultados: Foram avaliados 120 indivíduos. A população do estudo constituiu-se principalmente de mulheres (75,8%), negras (95,8%), com ensino fundamental incompleto (35,0%) e renda de até 1 salário mínimo (63,3%). A média da glicemia de jejum foi de 154 mg/dL ($\pm 81,4$). O coeficiente de correlação de Spearman entre VOP e sódio urinário foi de $-0,05$ ($p=0,68$) e entre VOP e potássio urinário de $-0,10$ ($p=0,45$), ambas negativas e sem significância estatística.

Conclusões: Conclusão: Percebe-se que o sódio não obteve significância estatística quando atribuída a VOP. E o potássio pode ser usado como indicado preditivo negativo da rigidez arterial.

4

CORRELAÇÃO ENTRE RIGIDEZ ARTERIAL E CLEARANCE DE CREATININA: ESTUDO ENTRE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

MENDES, M M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MENDES, M M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MAGALHÃES, L B N C (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MAGALHÃES, L B N C (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ARAÚJO, C (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ARAÚJO, C (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), SANTANA, A I (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), SANTANA, A I (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), LIMA, R L (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), LIMA, R L (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ALVES, R M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), BRUSTOLIM, D (MEDICINA, SALVADOR, BA, BRASIL), BRUSTOLIM, D (MEDICINA, SALVADOR, BA, BRASIL), MERCES, M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MERCES, M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), CERQUEIRA, M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), CERQUEIRA, M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Introdução: A rigidez arterial, prevê um risco aumentado de eventos cardiovasculares. E está aumentada em pacientes com Doença Renal Crônica. Um dos parâmetros avaliados são as escórias nitrogenadas como a creatinina que demonstram um declínio da taxa de filtração glomerular. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre rigidez arterial e clearance de creatinina em pacientes diabéticos. **Métodos:** Metodologia: Estudo quantitativo, realizado em um centro comunitário de Salvador-Bahia. A amostra envolveu 120 indivíduos diabéticos. O clearance de creatinina foi pesquisado em amostra de urina de 24 horas. A velocidade de onda de pulso (VOP) foi utilizada para estabelecer a rigidez arterial e envolveu medição da velocidade da onda de pulso entre a carótida e femoral direita, acoplada ao eletrocardiograma utilizando aparelho SphygmoCor®. A coleta de urina de 24h ocorreu em domicílio para dosagem de creatinina e a da VOP ocorreu

na clínica escola da UniFTC. A frequência e as medidas descritivas, o coeficiente de correlação linear de Spearman entre os testes laboratoriais e o PWV ajustado. O software STATA v.12 foi usado para tratamento e geração de resultados. O nível de significância estatística foi definido em 5%. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados:** Resultados: A população do estudo constituiu-se principalmente de mulheres (75,8%), negras (95,8%), com ensino fundamental incompleto (35,0%) e renda de até 01 salário mínimo (63,3%). A média da glicemia de jejum foi de 154 mg/dL ($\pm 81,4$). O coeficiente de correlação de Spearman entre VOP e clearance de creatinina foi de -0,07 ($p=0,58$), ou seja, não foi estatisticamente significativo.

Conclusões: Conclusão: Infere-se que não teve significância estatística quando associada com a PWV.

5

CORRELAÇÃO ENTRE RIGIDEZ ARTERIAL E HEMOGLOBINA GLICADA: ESTUDO ENTRE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

MENDES, M M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MAGALHÃES, L B N C (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ARAÚJO, C F (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), SANTANA, A I C (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), LIMA, R L S (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ALVES, R M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), BRUSTOLIM, D (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MERCES, M C (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), FONSECA, M B (MEDICINA UNIFTC, SALVADOR, BA, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Introdução: Os indicadores glicêmicos desempenham um papel importante no endurecimento de grandes artérias e a rigidez arterial prevê um risco aumentado de eventos cardiovasculares. Objetivo: Avaliar a correlação entre rigidez arterial e valores de hemoglobina glicada (HbA1c) entre pacientes diabéticos. **Métodos:** Metodologia: Estudo quantitativo, realizado em um centro comunitário de Salvador-Bahia. A amostra envolveu 120 indivíduos diabéticos. A HbA1c foi pesquisada em amostra de sangue total com EDTA. A velocidade de onda de pulso (VOP) foi utilizada para estabelecer a rigidez arterial e envolveu medição da velocidade da onda de pulso entre a carótida e femoral direita, acoplada ao eletrocardiograma utilizando aparelho SphygmoCor®. A coleta de amostra sanguínea e da VOP ocorreram na clínica escola da UniFTC. A frequência e as medidas descritivas, o

coeficiente de correlação linear de Spearman entre os testes laboratoriais e o PWV ajustado. O software STATA v.12 foi usado para tratamento e geração de resultados. O nível de significância estatística foi definido em 5%. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados:** Resultados: A população do estudo constituiu-se principalmente de mulheres (75,8%), negras (95,8%), com ensino fundamental incompleto (35,0%) e renda de até 01 salário mínimo (63,3%). A média da glicemia de jejum foi de 154 mg/dL ($\pm 81,4$). O coeficiente de correlação de Spearman entre VOP e hemoglobina glicada foi de 0,27 ($p=0,05$), ou seja, positiva e estatisticamente significativa.

Conclusões: Conclusão: Infere-se que a hemoglobina glicada obteve significância estatística quando atribuída a VOP e pode ser usada como indicador de rigidez arterial.

6

CORRELAÇÃO DOS NÍVEIS DE ELETRÓLITOS SÉRICO E URINÁRIO DE PACIENTES DIABÉTICOS

MENDES, M M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MAGALHÃES, L (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ARAÚJO, C (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), SANTANA, A (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), LIMA, R L (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), ALVES, R (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), BRUSTOLIM, D (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), MERCES, M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL), CERQUEIRA, M (MEDICINA FTC, SALVADOR, BA, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Introdução: Diabetes é um distúrbio do metabolismo intermediário, caracterizado pelas complicações agudas ou crônicas da hiperglicemia. Diabetes é uma desordem metabólica crônica decorrente do estado de hipoinsulinismo. Os efeitos dos hormônios contra insulínicos irão predominar, exagerando as reações bioquímicas. **Objetivo:** Avaliar a correlação entre valores de sódio e creatinina sérica, sódio e clearance de creatinina, potássio e clearance de creatinina entre pacientes diabéticos.

Métodos: Metodologia: Estudo quantitativo, realizado em um centro comunitário de Salvador-Bahia. Foi realizado agendamento de exames para pacientes com diagnóstico de diabetes. Os procedimentos de coleta de dados envolveram aplicação de questionário, coleta de urina de 24 horas para dosagens de sódio, potássio, clearance de creatinina e creatinina sérica. A análise de dados envolveu medidas descritivas e o coeficiente de correlação

linear de Spearman entre os testes laboratoriais. O software STATA v.12 foi usado para tratamento e geração de resultados. O nível de significância estatística foi definido em 5%. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados:** Resultados: Foram avaliados 120 indivíduos. A população do estudo constituiu-se principalmente de mulheres (75,8%), negras (95,8%), com ensino fundamental incompleto (35,0%) e renda de até 1 salário mínimo (63,3%). A média da glicemia de jejum foi de 154 mg/dL ($\pm 81,4$). O coeficiente de correlação de sódio entre creatinina sérica foi de $-0,31$ ($p=0,01$), entre sódio e clearance de creatinina de $0,46$ ($p<0,001$) e entre potássio e clearance de creatinina $0,28$ ($p=0,02$).

Conclusões: Conclusão: Percebe-se que os eletrólitos indicadores de função renal obtiveram significância estatística quando associadas, e podem ser usadas como preditores de disfunção renal.

O PAPEL DAS CITOCINAS E DO ESTRESSE NA IMUNOPATOGENICIDADE DO LÚPUS ERMATEMATOSO SISTÊMICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

MENDES, M M (UNIFACS, SALVADOR, BA, BRASIL), OLIVEIRA, M C (UNIFACS, SALVADOR, BA, BRASIL), BARBOSA, J G (UNIFACS, SALVADOR, BA, BRASIL), SANTOS, R G D (UNIFACS, SALVADOR, BA, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença autoimune, multissistêmica e de causa idiopática, caracterizada pela presença de diversos auto-anticorpos. **Métodos:** Para realização da revisão de literatura se efetuou uma busca na caixa de diálogo Descritores em Ciências da Saúde (Decs), seguida da busca de artigos científicos indexados nos seguintes bancos de dados eletrônicos: Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE)⁴ e Scientific Electronic Library Online - SciELO⁵ Sendo que, foi utilizando os seguintes descritores. IL-8 OR IL-17 OR IL-23 AND SLE e Stress AND Autoimmunity AND Glucocorticoids. Está revisão de literatura relata o papel das citocinas IL-17, IL-23, IL-8 e do estresse na imunopatogenicidade do LES. Houve delimitação do período sendo selecionado os estudos dos últimos 5 anos nos meses de janeiro a novembro, sendo que foram encontradas 207 referências nas buscas realizadas no portal PubMed/MEDLINE. Estas, foram avaliadas com base nos títulos e resumos ordenadas por data de publicação. Dentre esses, foram selecionados 15 artigos que atenderam aos critérios de inclusão, quais sejam ter as citocinas IL-17, IL-8, IL-23 e o estresse psicofisiológico associado ao LES, autoimunidade e estresse, IL-23, IL-17, IL-8 e o LES. Sendo o critério de exclusão os estudos que fugiam do tema proposto que foram: referente ao tratamento, diagnóstico e ou medicamento do LES; a genética e a outras moléculas associadas ao LES; a saúde pública; e aqueles que se referem apenas a resultados de exames laboratoriais, sem referência às citocinas e o estresse no LES. **Resultados:** A análise foi feita utilizando o total de 15 artigos os quais foram incluídos para esta revisão de literatura, sen-

do eles provenientes da base de dados PubMed/MEDLINE. O idioma de todos os artigos publicados em periódicos foram em inglês. Dos artigos selecionados (n=5) foram dos Estados Unidos, seguido da China (n=4), Polônia (n=2), Jamaica (n=1), Alemanha (n=1), Israel (n=1), Egito (n=1). Para tanto, as distribuições dos artigos quanto aos seus descritores foram da seguinte forma: descritor IL-8 OR IL-17 OR IL-23 AND SLE, foram encontrados no total 12 artigos nos quais a população de estudo variou de 65 a 312 tendo em sua maioria mulheres e em apenas um dos artigos se estudou camundongos. Dentre esses, oito artigos trouxeram a idade mínima de “maior de 17 anos” e a idade máxima foi de 89 anos, e os outros quatro informaram apenas a média de idade da população de estudo. Quanto ao desenho do estudo oito foram caso controle, um corte, um transversal, um experimental e um revisão de literatura. Em 10 artigos, as populações de estudo foram captadas por demanda espontânea, um experimental com camundongos e um a partir da base de dados (Tabela 1). Com a distribuição dos artigos do descritor Stress AND Autoimmunity AND Glucocorticoids foram identificados quatro e selecionados apenas um, do qual foi utilizado dois secundários de (SHARIF et al. 2018). Quanto ao desenho dos estudos um foi caso controle, um longitudinal e um estudo de revisão. A população desse estudo variou de 30 a 50.242, tendo em sua maioria mulheres.

Conclusões: A partir da análise dos dados as citocinas IL-8, IL-17 e IL-23 foram importantes moduladores da resposta imunológica juntamente com o estresse psicofisiológico, pois potencializavam os sintomas clínicos da doença.

8

PREVALÊNCIA E IDADE COMO FATOR DE RISCO PARA HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA EM INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

WHITAKER, A R (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), BARRETO, J (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), SPOSITO, A C (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A hipotensão ortostática (HO) é um marcador de morbimortalidade cardiovascular em pacientes com diabetes tipo 2 (DM2). A prevalência da HO é influenciada pela duração do DM2 e as comorbidades que variam significativamente entre as populações. A prevalência e idade como fator de risco para HO não foram explorados nos brasileiros com DM2, sendo esses os objetivos deste resumo. **Métodos:** Esta foi uma análise transversal e predefinida do Brazilian Diabetes Study, uma coorte prospectiva de DM2. A pressão arterial (PA) foi aferida após 3 minutos de repouso com manguitos de tamanho adequado e foi considerada a média das duas últimas das três medidas. Em seguida, os inscritos permaneceram por 1 minuto em pé para medição ortostática da PA. A HO foi definida como quedas de PA sistólica ou diastólica superiores a 20 mmHg e 10 mmHg, respectivamente, ou quaisquer sintomas de PA baixa – como tontura – relatados pelo paciente. Na mesma ocasião, dados demográficos foram registrados e, posteriormente, analisados. A regressão binária logística binária foi realizada para a análise estatística dos dados. **Resultados:** Há 900 pacientes na coorte (idade média

57 anos; 57% do sexo masculino; 69% se autodeclararam raça branca e 8 anos a mediana de DM2). A HO esteve presente em 12% dessa população. A média de PA foi de 141 mmHg por 84 mmHg sentados e de 139 mmHg por 85 mmHg em pé. A mediana da diferença de pressão arterial sistólica foi de -2 mmHg e de pressão arterial diastólica foi de 1 mmHg. A proporção de pacientes com variações negativas maiores que 20 mmHg de pressão arterial sistólica foi de 7,3% (n= 66) e a proporção de pacientes com variações negativas superiores a 10 mmHg de pressão arterial diastólica foi de 7,2% (n= 65). A idade relacionou-se ao risco de hipotensão ortostática, com cada aumento de 1 ano na idade correspondendo a um risco 3,7% maior de hipotensão ortostática (RR: 1,037; 95%IC: 1,011-1,064; p= 0,005). A prevalência de HO aumentou com maiores quintis de idade: < 50, 50-55, 55-60, 60-65, > 65 anos, com prevalências de 7,9%, 9,3%, 11,5%, 15,6% e 15,6%, respectivamente.

Conclusões: Na população estudada, a HO afeta 12% dos brasileiros com DM2 e pacientes mais velhos apresentaram maior tendência a apresentar hipotensão ortostática.

ATEROSCLEROSE CAROTÍDEA ESTÁ ASSOCIADA A HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA EM POPULAÇÃO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

WHITAKER, A R (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), BARRETO, J (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), SPOSITO, A C (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A hipotensão ortostática (HO) é um marcador de mau prognóstico no diabetes tipo 2 (DM2) e resulta, pelo menos parcialmente, de glicotoxicidade, arteriosclerose e disfunção autonômica; características também envolvidas na fisiopatologia da aterosclerose. Assim, o objetivo deste resumo é determinar se esta população apresenta um risco aumentado de aterosclerose carotídea. **Métodos:** Esta foi uma análise transversal e predefinida do Brazilian Diabetes Study de coorte prospectiva e centro único de DM2. Após 3 minutos de repouso com os braços na altura do coração, os participantes tiveram a pressão arterial (PA) aferida 3 vezes com intervalo de 1 minuto entre cada aferição e foi considerada a média das 2 últimas. A PA ortostática foi então medida como a PA obtida após 1 minuto de pé. A HO foi definida como uma queda da PA sistólica ou diastólica ortostática $> 20\text{mmHg}$ e $> 10\text{mmHg}$, respectivamente, quando comparada à PA sentada. Para a avaliação da espessura médio-intimal de carótida (c-IMT) e placas foram analisadas por meio da ultrassonografia fazendo medidas bilateralmente, na parede distal da artéria carótida comum, bulbo e na origem da artéria carótida interna, por um programa de detecção automática de borda. A c-IMT máxima foi feita

de forma manual, obtendo a média entre 3 medidas. O mesmo método foi aplicado para os diâmetros intraluminais e adventíciais. Foi utilizada regressão logística binária ajustada por idade para definir a relação entre a variável independente, c-IMT, e a ocorrência de HO. **Resultados:** Neste estudo, 382 pacientes foram analisados. A c-IMT foi de $0,732\text{mm}$, $49,7\%$ tinham critério para espessamento médio-intimal e $35,2\%$ apresentavam placa carotídea. Embora uma tendência à maior prevalência de HO tenha sido observada com maiores valores de c-IMT, esta relação não foi estatisticamente significativa. Para cada aumento de 1mm no valor de c-IMT, verificou-se risco relativo de $1,85$ (IC 95% : $0,38, 9,06$; $p= 0,448$) de HO após ajuste por idade. Em análise de interação de regressão multivariada que utilizou c-IMT e HO como dependentes, demonstrou-se que houve interação no efeito da idade sobre c-IMT e HO ($p= 0,001$). Ou seja, a relação entre c-IMT e HO foi explicada, ao menos parcialmente, pelo efeito da idade sobre ambas as variáveis.

Conclusões: A HO está relacionada, parcialmente, ao risco aumentado de doença aterosclerótica carotídea. Por esse motivo, o DM2 deve ser considerado na avaliação de risco cardiovascular, como também em valores de c-IMT.

10

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA ESTÁ RELACIONADA À ATEROSCLEROSE CORONÁRIA EM POPULAÇÃO COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

WHITAKER, A R (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), BARRETO, J (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), SPOSITO, A C (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A hipotensão ortostática (HO) é um marcador de mau prognóstico no diabetes tipo 2 (DM2) e resulta, pelo menos parcialmente, de arteriosclerose, disfunção autonômica e glicotoxicidade; todas as características envolvidas também na aterosclerose. Por isso, o objetivo deste resumo é determinar se esta população tem um risco aumentado de aterosclerose coronária. **Métodos:** O estudo é uma análise transversal e predefinida do Brazilian Diabetes Study, uma coorte prospectiva de centro único de DM2. Após 3 minutos de repouso com os braços na altura do coração, os participantes tiveram a pressão arterial (PA) aferida 3 vezes com intervalo de 1 minuto entre cada aferição e foi considerada a média das duas últimas. A PA ortostática foi então medida como a PA obtida após 1 minuto de pé. A HO foi definida como uma queda da PA sistólica ou diastólica ortostática > 20mmHg e > 10mmHg, respectivamente, quando comparada à PA sentada. Para analisar a calcificação coronariana foi utilizado o equipamento BiographTM mCT. Com ele, foram realizados cortes de 3mm de espessura, limitados à área cardíaca e que foram sincronizados de acordo com os traçados eletrocardiográficos, através de tomografia computadorizada. Ademais, foram considerados, na época da realização do estudo, calcificações áreas com imagens hipoatenuantes com mais de 130 Unidades de Hounsfield e área maior

que 3 pixels adjacentes. Para testar essa hipótese, realizou-se regressão binária utilizando-se a presença de calcificação coronária como dependente e a variação negativa, por 1mmHg, da pressão arterial sistólica. **Resultados:** A calcificação coronariana foi detectada em 28,2% de nossa amostra de 418 indivíduos. Em análise univariada, cada queda de 1mmHg da pressão arterial sistólica correspondeu à aumento em 3,1% no risco de calcificação coronariana (RR: 1,031; IC95%: 1,012-1,050; p= 0,001). Esta relação foi atenuada, mas manteve-se estatisticamente significativa após ajuste por idade, com risco relativo de 1,024 (IC95%: 1,005-1,043; p= 0,011). Essa relação manteve-se após ajuste pelos fatores tradicionais de calcificação coronariana (idade, sexo masculino, hipertensão e dislipidemia), com aumento em 2,1% no risco da variável dependente para cada queda de 1mmHg da pressão arterial sistólica (IC95%: 1,001, 1,041; p= 0,045). De forma contrastante, a queda da pressão arterial sistólica não se relacionou ao risco de placa carotídea (RR: 1,002; IC95%: 0,987, 1,017; p= 0,781) ou ao risco de espessamento médio-intimal (RR: 0,996; IC95%: 0,981, 1,011; p= 0,580). **Conclusões:** A HO está relacionada ao risco aumentado de doença arterial coronariana. O risco de doença coronariana relacionou-se diretamente à queda de pressão arterial sistólica em ortostase.

AValiação DO EFEITO DO AVENTAL BRANCO PELA MAPA EM HIPERTENSOS RESISTENTES EM TRATAMENTO AMBULATORIAL

ALVES, I P (UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), BOMBIG, M T N (UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), BIANCO, H T (UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), PÓVOA, R M D S (UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), LEITE, W F (UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), FRANCISCO, Y A (UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), FONSECA, F A H (UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), IZAR, M C D O (UNIFESP, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O diagnóstico de hipertensão arterial resistente (HAR) pressupõe maior risco cardiovascular e metas rigorosas para o controle da pressão arterial (PA). Pacientes com HAR possuem maior prevalência do efeito do avental branco (EAB) - diferença entre a medida da PA de consultório e a medida da PA fora do ambiente médico pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). Por esse motivo, encontrar métodos diagnósticos de menor custo, disponíveis na atenção primária, não influenciáveis por fatores confundidores como o EAB e que auxiliem na definição de metas pressóricas e na titulação medicamentosa desses pacientes é uma demanda relevante. Este estudo transversal visa confirmar e quantificar o EAB, pela MAPA, em duas modalidades de medida da PA: a PA de consultório e a medida automática da PA sem a presença de profissional de saúde, nos pacientes com HAR em acompanhamento ambulatorial. **Métodos:** Foram selecionados consecutivamente, até o momento, 25 pacientes de ambos sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de HAR no consultório, confirmado pela MAPA e excluídas causas secundárias de hipertensão. Após aplicação do TCLE, as aferições da PA de consultório durante consulta médica, da MAPA e as medidas automáticas foram realizadas conforme a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2020, em período inferior a duas semanas entre elas. As medidas da pressão no consultório foram realizadas com o aparelho digital de braço OMRON HEM-7122 pelo médico atendente e as três medidas automáticas da PA sem profissional da saúde foram realizadas em sala silenciosa, com o aparelho OMRON HEM-7349T e com intervalo de um minuto entre as medidas. Os dados obtidos foram expressos em médias e desvio-padrão e foram utilizados testes paramétri-

cos e não paramétricos para análise dos resultados. Para a verificação de significância estatística, foram considerados intervalos de confiança de 95,0% e $p < 0,05$. **Resultados:** Dentre os pacientes incluídos no estudo, 65% eram mulheres, com média de $57,1 \pm 9,7$ anos e 84% apresentavam, ao menos, uma das seguintes comorbidades: diabetes mellitus, obesidade e/ou dislipidemia. Ademais, 76% dos pacientes já estavam em uso de quatro ou mais classes de anti-hipertensivos para controle da PA. Com relação à comparação do EAB utilizando os valores de consultório, 84% tiveram EAB significativo, média de diferença entre as PA sistólicas e diastólicas de $20,1 \pm 10,2$ e $10,6 \pm 6$ mmHg, respectivamente. Na comparação do EAB utilizando os valores de medida sem profissional de saúde, 64% tinham EAB com média de diferença entre as PA sistólicas e diastólicas de $11,8 \pm 5$ e $8,3 \pm 4,4$ mmHg, respectivamente. Na correlação dos valores obtidos com o coeficiente de Pearson, o resultado foi: PAS MAPA versus PAS consultório - $r = 0,44$ (-0,05 - 0,75); PAD MAPA versus PAD consultório - $r = 0,63$ (0,38 a 0,89); PAS MAPA versus PAS sem profissional de saúde - $r = 0,75$ (0,34 - 0,86); PAD MAPA versus PAD sem profissional de saúde - $r = 0,83$ (0,58-0,93).

Conclusões: A medida da PA automática sem profissional de saúde minimizou o EAB quando comparada à medida de consultório e demonstrou melhor correlação com os valores de PA obtidos pela MAPA. Nesse contexto, a continuidade do estudo é importante para analisar os valores dentro de um intervalo de confiança menor com uma maior amostra e validar o uso desse método na prática clínica para estipulação de metas pressóricas e titulação medicamentosa adequada para os pacientes.

INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO ARTERIAL ESSENCIAL E PANDEMIA DE COVID-19: CENÁRIO NORDESTINO

ROCHA, D H S (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL), LIMA, M T F (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE, RIO GRANDE, RS, BRASIL), NOUCHI, M A (FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL, CACOAL, RO, BRASIL), MORAIS, K C P (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, SANTA MARIA, RS, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial (HA) é uma enfermidade crônica, sendo a maioria dos casos de origem idiopática, conhecida também como hipertensão essencial, que tem sido uma das comorbidades mais importantes que contribuem para a morbimortalidade cardiovascular. Analisar o perfil epidemiológico das internações por hipertensão primária na região Nordeste do Brasil no período de 2018-2022. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, de abordagem quantitativa e descritiva, com dados coletados no período pré-pandêmico (2018-2019) e pandêmico (2020-2022). A análise foi baseada em dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/ SUS) na plataforma digital DATASUS. Foram avaliados os dados da região Nordeste com as variáveis de número de internações, óbitos, taxa de mortalidade, gasto total e permanência média. **Resultados:** No período analisado foram 86.439 casos de internações hospitalares por HA na região Nordeste do Brasil, correspondendo a 38,8% das internações totais no país. O estado com o maior número foi o Maranhão com 36.680 (42,2%), já o menor foi o Rio Grande do Norte com 803 (0,9%). Além disso, o ano de 2018 apresentou o maior número, com 21.781 internamentos, seguido de 2019 com 20.074, apresentando uma redução significativa a partir

de 2020 com 14.373, 2021 com 14.725 e 2022 com 15.486. Em relação ao número total de óbitos, o ano de 2018 expressou 352 óbitos e 2019 361, decaindo para 248 em 2020, 264 em 2021 e retornando a subir em 2022 com 275, somando um número total de óbitos de 1.500, o que corresponde a 39,6% dos óbitos totais do país por HA do período. O estado da Bahia foi o que expressou o maior número de óbitos, totalizando 668 (44,5%). Observou-se que a permanência média em dias nas instalações do SUS, no Nordeste, foi de 4,7 dias, maior que a média nacional de 4,1 dias, havendo uma queda durante o período pandêmico. Analisando a mortalidade, tem-se taxa de 1,74% na região Nordeste, sendo maior que a taxa nacional de 1,70%. Além disso, observou-se que foram gastos 31.572.706,25 com internamento por HA no período.

Conclusões: Conforme se depreende, no Nordeste houve uma diminuição no número de internações, óbitos e tempo médio de internamento, relacionado à HA durante o período pandêmico. Apesar da redução, essas variantes sobressaem ao restante do país, em que constitui-se um desafio no contexto da saúde pública, demandando atenção devido ao elevado risco associado ao desenvolvimento de eventos cardiovasculares e seu alto custo à saúde pública.

NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS DE INDIVÍDUOS ADULTOS SAUDÁVEIS: ANÁLISE DE CORRELAÇÃO

SANTANA, A I C (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL), ROCHA, D H S (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL), MAGALHÃES, L B N C (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL), MERCES, M C (UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL), ARAÚJO, C F S (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL), LIMA, R L S D (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A literatura especializada avança que os níveis pressóricos elevados podem ser capazes de aumentar o risco de desenvolver distúrbios metabólicos, dentre eles, o diabetes mellitus, independentemente da idade e índice de massa corporal. Dados apoiam que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus partilham um complexo mecanismo fisiopatológico comum, estando portanto relacionados. O objetivo foi avaliar a correlação entre valores de pressão arterial e níveis glicêmicos de jejum de indivíduos adultos saudáveis. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional, conduzido com amostra de indivíduos residentes no município de Salvador, Bahia, Brasil. As medidas de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram estabelecidas através de esfigmomanômetro e pelo método automatizado com aparelho SphygmoCor®. As recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020) para a medida da PA em consultório foram respeitadas. A glicemia de jejum foi obtida pela análise de amostra sanguínea após jejum de 8-12 horas. A análise estatística deu-se por meio da correlação de Spearman, em virtude da não normalidade dos dados obtidos. **Resultados:** Participaram 131 indivíduos maiores de 18 anos que não possuíam

diagnóstico prévio de HAS e/ou DM e que não estavam em tratamento para essas patologias. A população de estudo constituiu-se principalmente de indivíduos do sexo feminino (65,6%), com mais de 40 anos (51,1%) (média=43,5±15,3), negros (84,3%), com escolaridade de até ensino médio (66,9%) e renda de até 03 salários mínimos (70,9%). A glicemia de jejum elevada (24,4%) mostrou-se mais exuberante que a pressão arterial sistêmica alterada (14,4%). Sobre achados de PA sistólica, a média da medida realizada com manguito (130,1±17,6) mostrou-se mais elevada do que a automatizada (120,0±20,6), porém com menor desvio padrão. Os achados se invertem para a PA diastólica, onde a medida realizada com o SphygmoCor®(79,2±11,3), apresentou maior média que a do esfigmomanômetro (78,1±11,1). A análise de correlação indicou associação positiva e estatisticamente significativa entre níveis de glicemia e pressão arterial sistólica média e pressão central sistólica. **Conclusões:** Os achados sugerem existir correlação positiva entre níveis de glicemia e PAS, sendo ligeiramente mais forte com a medida obtida através de manguito. Não foi observada significância estatística da relação entre glicemia de jejum e PAD média ou central.

ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE VALORES DE PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA E CENTRAL E INDICADOR LIPÍDICO DE RISCO CARDIOVASCULAR EM UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, SALVADOR-BAHIA

BARRETO, M G F S (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL), SOARES, M R D (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL), ROCHA, D H S (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL), SANTANA, A I C (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL), LIMA, R L S (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL), BRUSTOLIM, D (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL), ARAÚJO, C F S (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL), MERCÊS, M C (UNIVERSIDADE ESTADUAL DA BAHIA, SALVADOR, BA, BRASIL), MAGALHÃES, L B N C (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC (ZARNS), SALVADOR, BA, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A pressão arterial média e central são consideradas importantes preditoras de risco cardiovascular, podendo estar elevadas em indivíduos que apresentam alterações nos valores do perfil lipídico, o que demonstra pior desfecho para doenças cardiovasculares, segundo a literatura especializada. Entre os indicadores lipídicos de risco cardiovascular, tem-se o índice de Castelli I, que é obtido através da razão entre colesterol total (CT) e a fração de colesterol de alta densidade (HDL-C). Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar a correlação entre os valores de pressão arterial média e central e o índice de Castelli I.

Métodos: Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional de base populacional com indivíduos residentes de um bairro de Salvador, Brasil, que engloba cerca de 7.000 pessoas com idade maior ou igual a 18 anos, segundo o IBGE. Foram realizadas visitas domiciliares para a aplicação de um questionário sociodemográfico e coleta de sangue para exames complementares realizados na Clínica Escola FTC, entre eles colesterol total e HDL, para obter o índice de Castelli I. A coleta de sangue foi feita nos pacientes em jejum noturno de 08 a 12 horas pelo método colorimétrico enzimático. Além

disso, foi feita a aferição da pressão arterial (PA) média e central, realizadas com esfigmomanômetro e pelo método automatizado com aparelho SphygmoCor®, seguindo recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020). A análise estatística foi realizada por meio da correlação de Spearman. **Resultados:** A população de estudo constituiu-se de 197 indivíduos, cuja maioria era do sexo feminino (68,0%), com idade superior a 40 anos (61,4%; média=48,1; desvio padrão=16,7), renda familiar de até 03 salários mínimos (77,0%) e baixo nível de escolaridade (72,1%). A prevalência da hipertensão arterial sistêmica no grupo foi de 29,4%. O índice Castelli I de alto risco foi de 27,9%. A análise da correlação entre índice de Castelli I e valores de pressão arterial sistólica e diastólica indicou associação positiva e estatisticamente significativa. Percebeu-se maior magnitude nas correlações estabelecidas com as medidas centrais de pressão arterial.

Conclusões: O presente trabalho sugere que houve correlação positiva e estatisticamente significativa entre os valores de pressão arterial sistólica e diastólica e índice de Castelli I, com maior relevância das correlações com as medidas de pressão arterial central.

PADRÕES DE VARIABILIDADE PRESSÓRICA DE CURTO PRAZO SEGUNDO A IDADE EM SÉRIE DE EXAMES REALIZADOS DURANTE VINTE E CINCO ANOS

FRAGA ROSA, M (CENTRO UNIVERSITÁRIO MINEIROS-UNIFIMES, TRINDADE, GO, BRASIL), ALVES DE SOUZA, J (CENTRO UNIVERSITÁRIO MINEIROS-UNIFIMES, TRINDADE, GO, BRASIL), DE SOUSA, A C (CENTRO UNIVERSITÁRIO MINEIROS-UNIFIMES, TRINDADE, GO, BRASIL), DE SOUSA, T F (CENTRO UNIVERSITÁRIO MINEIROS-UNIFIMES, TRINDADE, GO, BRASIL), GALDINO MAGALHÃES, F (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL), LIMA SOUZA, A L (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL), INUZUKA, S (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL), KUNZ SEBBA BARROSO DE SOUZA, W W (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Aumentos sustentados na variabilidade pressórica podem refletir alterações nos mecanismos responsáveis pela homeostase cardiovascular ou condições patológicas subjacentes e refletir em dano ao sistema cardiovascular(2) que devem ser considerados na tomada de decisão terapêutica. Apesar de ser considerada como forte preditor do risco cardiovascular, ainda não há um consenso em relação ao nível ideal de variação pressórica ou da associação com valores médios da pressão e possíveis diferenças nos parâmetros tanto entre idosos quanto na população em geral.

Métodos: Estudo transversal com série de exames realizados durante 25 anos sob o mesmo protocolo. Variáveis utilizadas: sexo, idade, valores pressóricos em diferentes períodos, descenso noturno, coeficiente de variação (CV) e desvio padrão; descenso noturno normal entre 10% e 20% de redução pressórica, média do coeficiente de variação sistólico e diastólico de 24 horas, utilizadas para ponto de corte. Calculados os tamanhos de efeito

das diferenças de médias – de Cohen, realizada ANCOVA em todos os períodos da MAPA utilizando covariável sexo; nível de significância para todas as análises 5%.

Resultados: Analisados 2073 exames, 66,3% sexo feminino; média de idade 58,3 anos ($\pm 12,6$), 29,4% eram maiores de 65 anos. Os idosos, em todos os períodos, apresentaram maiores médias de PAS e menores de PAD. Idosos apresentaram menor controle de PA no período de sono (27,3%) do que adultos (35,3%) e maior ausência de descenso (83,5%). Descenso noturno em idosos foi de 17,7%/sistólica e 36,6%/diastólica; no adulto 26,8%/52,1% respectivamente. O Coeficiente de Variação Sistólico foi maior entre os idosos no período de 24H 10,8 ($\pm 3,1$) x 10,0 ($\pm 2,4$), Vigília 10,3 ($\pm 2,9$) x 9,0 ($\pm 2,4$) e sono 9,0 ($\pm 3,0$) x 8,6 ($\pm 2,8$).

Conclusões: Idoso apresentaram menor controle pressórico no período do sono e maior ausência de descenso noturno, ademais, tiveram maior CVPAS em todos os períodos e maior CVPAD na vigília e sono

MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL PARA HIPERTENSÃO NÃO CONTROLADA: ESTUDO DE COORTE

DA SILVA, A F R (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), CRUZ, R C (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), GOMES, A C D B (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), RODRIGUES, V C (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), ALEXANDRE, M G (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), PEREIRA, N G (CENTRO UNIVERSITÁRIO ESTÁCIO | VIA CORPVS, FORTALEZA, CE, BRASIL), DANTAS, I O (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), ALBUQUERQUE, N L S D (UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA (UNILAB), FORTALEZA, CE, BRASIL), ARAÚJO, T L D (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica caracterizada pela elevação persistente da Pressão Arterial (PA) que, apesar dos avanços no tratamento, os índices de controle ainda são insatisfatórios. Estudos apontam a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) como estratégia para controle da PA, entretanto, ainda existem poucas informações no cenário brasileiro. Assim, este estudo busca analisar os valores da pressão arterial e a ocorrência de eventos cardiovasculares em pacientes com HA não controlada que realizaram a MRPA. **Métodos:** Trata-se de estudo de coorte realizado no período de dezembro/2022 a agosto/2023. A amostra incluiu 31 pacientes com HA não controlada definida como valores pressóricos > 140/90 mmHg, que realizaram a MRPA durante 5 dias consecutivos mensalmente durante o período do estudo. O acompanhamento foi realizado por meio de 4 consultas em uma unidade de atenção primária à saúde. Na primeira consulta, realizou-se a coleta de dados sociodemográficos como sexo, idade e escolaridade; informações clínicas incluindo peso e altura para obtenção do Índice de massa corporal (IMC) e medicamentos anti-hipertensivos em uso. Os valores de PA sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram obtidos no consultório de forma triplicada, em cada consulta, utilizando dispositivo oscilométrico validado para uso profissional (Omron® hbp-1100). Registrou-se a ocorrência de eventos clínicos cardiovasculares: hipotensão (PA > 90/60 mmHg); hipertensão (PA > igual 180 e/ou 120 mmHg); diagnóstico de doença car-

diovascular como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e angina; óbito; e realização de cirurgia cardíaca. O estudo foi aprovado em comitê de ética sob o número: 5.769.427. **Resultados:** A maioria é do sexo feminino (65,6%), ensino médio incompleto (68,8%) com idade média de 60±9,79 anos e obesidade grau I (32,3%). Da amostra, 25% dos pacientes utilizam apenas uma classe de medicamento anti-hipertensivo, o losartana (bloqueador do receptor de angiotensina I), e 25% utilizam mais uma classe, o losartana associado à hidroclorotiazida (diurético tiazídico). Os valores médios da PAS/PAD, em cada consulta, foram 1ª=154,5/86,75 mmHg; 2ª=140,2/78,18 mmHg; 3ª=140,35/78 mmHg; e 4ª=135,62/72,16 mmHg. A análise comparativa dos valores pressóricos entre a 1ª e 4ª consulta demonstrou redução da PAS e PAD média, respectivamente, de -18,72 mmHg e -14,58 mmHg. No curto período de seguimento, ocorreram 4 eventos clínicos, sendo episódios de hipertensão.

Conclusões: No período do acompanhamento, observou-se que os pacientes com HA não controlada que realizaram a MRPA apresentaram redução dos valores médios tanto de PAS como PAD. Essa redução pode estar relacionada com o gerenciamento eficaz da doença, pois o baixo número de eventos clínicos sugere estabilidade pressórica. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde incentivem e orientem seus pacientes sobre a importância da MRPA como integrante do tratamento da HA.

ADESÃO AO TRATAMENTO E VALORES DA PRESSÃO ARTERIAL EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: ESTUDO DE COORTE

ARAUJO, T L D (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), DA SILVA, A F A (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), CRUZ, R C (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), GOMES, A C D B (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), RODRIGUES, V C (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), ALEXANDRE, M G (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), ALBUQUERQUE, N L S D (UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA (UNILAB), FORTALEZA, CE, BRASIL), PEREIRA, N G (CENTRO UNIVERSITÁRIO ESTÁCIO VIA CORPVS, FORTALEZA, CE, BRASIL), ARAÚJO, A L D (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), MOREIRA, T M M (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial (HA) é uma condição crônica caracterizada pelos valores da pressão arterial (PA) elevados e sustentados. O controle adequado da HA depende da combinação do acompanhamento dos valores da PA com adesão rigorosa ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Assim, este estudo teve o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento e os valores da PA, obtidos pelos métodos auscultatório e oscilométrico, em uma coorte de pacientes com HA. **Métodos:** Estudo observacional, do tipo coorte, realizado na coordenadoria de desenvolvimento familiar (CDFAM), unidade de atenção primária à saúde, na cidade de Fortaleza-CE, no período de dezembro 2022 a agosto 2023. A amostra inicial incluiu 70 participantes com diagnóstico de HA que realizavam consultas médicas e de enfermagem com frequência, em geral, a cada 3 meses, totalizando 4 consultas no período do estudo. De forma complementar, as pacientes eram avaliadas e orientadas sobre cuidados de saúde pela equipe da pesquisa em cada consulta. A taxa de faltas em cada consulta foi: 2ª=10%; 3ª=35,71%; e na 4ª=44,2%. Foram coletados dados sobre caracterização sociodemográfica como sexo, idade e escolaridade; clínicos como peso, altura para obtenção do Índice de massa corporal (IMC); e de adesão ao tratamento medicamento pela escala de 4 itens de Morisky e Green. Os valores da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram obtidos pelo mensuração da PA pelos métodos oscilométrico e auscultatório, de forma triplicada, em cada consulta. O estudo foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) sob o número: 5.769.427. **Resultados:** A maioria é do sexo feminino (64,3%), idade média 60,99 anos, ensino primário incompleto (78%) e tem obesidade grau I (31,4%). Segundo a classificação de adesão, no início do estudo, 60% dos participantes apresentaram comportamento de adesão intermediária e 31,1% de alta adesão. No final do seguimento, 48,8% apresentaram comportamento de adesão intermediária e 41,9% de alta adesão. Os valores médios de PAS/PAD obtidos, em cada consulta, pelo método oscilométrico, foram 1ª=156/87 mmHg; 2ª=143/79 mmHg; 3ª=142/77 mmHg; e 4ª=138/74 mmHg. No auscultatório, as médias de PAS/PAD em cada consulta foram de 1ª=157/87 mmHg; 2ª=140/79 mmHg; 3ª=145/79 mmHg; e 4ª=137/75 mmHg. Houve redução das médias de PAS e PAD, respectivamente, entre a 1ª e 4ª consulta de 19 mmHg e 11 mmHg para o método auscultatório e 17 mmHg e 12 mmHg para o oscilométrico. **Conclusões:** No início do estudo, os participantes apresentaram adesão medicamentosa indesejada e valores de PA elevados similares pelos dois métodos de medição. Ao final do seguimento, houve aumento do número de participantes com alta adesão ao tratamento e redução dos valores médios de PA. Por tanto, conhecer a adesão ao tratamento e acompanhar os valores da PA a longo prazo são fundamentais no manejo da HA, pois possibilita o monitoramento e a avaliação do tratamento e, conseqüentemente, ajudam a prevenir complicações graves.

CORRELAÇÃO DOS BAIXOS NÍVEIS DE VITAMINA D COM HIPERATIVIDADE SIMPÁTICA E DISFUNÇÃO ENDOTELIAL EM MULHERES

MOREIRA, C L (UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL), FARIA, A D C C (UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL), DA CUNHA, M R (UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL), MATTOS, S (UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL), OIGMAN, W (UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL), NEVES, M F T (UERJ, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O excesso de peso é um fator de risco para alterações vasculares e metabólicas. Os níveis séricos de vitamina D estão bem correlacionados com a saúde cardiovascular e metabólica. O objetivo deste estudo transversal foi avaliar os índices antropométricos e a função vascular em indivíduos obesos ou com sobrepeso com níveis subótimos de vitamina D [25(OH)D < 30 ng/ml]. **Métodos:** Neste estudo, adultos de ambos os sexos (40 a 69 anos) com índice de massa corporal (IMC) ≥ 25 e < 40 kg/m² foram submetidos a análises bioquímicas, antropométricas e de composição corporal por bioimpedância (BIA). Parâmetros hemodinâmicos centrais foram avaliados através de método oscilométrico com Mobil-O-Graph®, a função endotelial por hiperemia reativa pós-oclusiva (HRPO) com Laser Speckle Contrast Image e a variabilidade da frequência cardíaca (VFC) com o Polar® Verity Sense. Os pacientes (n=78) foram divididos de acordo com a mediana dos níveis séricos de vitamina D em dois grupos (n=39 cada) denominados vitamina D subótima (SD; 22-29 ng/ml) e vitamina D baixa (BD; < 22 ng/ml). Na análise estatística, as variáveis contínuas foram confirmadas como distribuição normal e analisadas usando Teste t de Student. Os resultados são apresentados como média \pm desvio-padrão para as variáveis contínuas. A análise das correlações entre as variáveis foi realizada para obter o coeficiente de Pearson. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software Statistical Package for Social Sciences® (SPSS, Chica-

go, Illinois, USA) versão 25.0. **Resultados:** Os grupos apresentaram média de idade semelhante (52 \pm 1 anos). No grupo BD, o sexo masculino apresentou maior IMC (30,3 \pm 0,9 vs 34,0 \pm 1,4 kg/m², p=0,047), circunferência da cintura (CC) (108 \pm 2 vs 119 \pm 4 cm, p=0,019), relação cintura quadril (RCQ) (0,96 \pm 0,01 vs 1,01 \pm 0,02), relação cintura-estatura (RCE) (0,61 \pm 0,01 vs 0,67 \pm 0,02, p=0,036), índice de conicidade (1,36 \pm 0,01 vs 1,41 \pm 0,02, p=0,017) e percentual de gordura corporal (%GC) com base na BIA (28 \pm 1 vs 34 \pm 1, p=0,005). Não houve diferença significativa entre os grupos na função vascular, nos parâmetros hemodinâmicos periféricos e centrais e na VFC. Na avaliação da função endotelial, o grupo BD apresentou menor aumento percentual na área sob a curva (%AUC-HRPO) (76 \pm 8 vs 57 \pm 5%, p=0,050). Em relação ao sexo, os níveis de vitamina D apresentaram correlação inversa com RCE (r=-0,63; p=0,004), IMC (r=-0,51; p=0,024) e %GC (r=-0,49; p=0,030) em homens, e com IAV (r=-0,28; p=0,030), TG (r=-0,28; p=0,035) e LF:HF (r=-0,26; p=0,045) em mulheres. Além disso, a vitamina D também apresentou correlação positiva com %AUC-PORH somente nas mulheres (r=0,27; p=0,039).

Conclusões: Nesta população com sobrepeso ou obesidade, níveis séricos mais baixos de vitamina D foram relacionados à maior gordura corporal nos homens, enquanto nas mulheres houve maior associação com adiposidade visceral, desequilíbrio autonômico e disfunção endotelial.

COMPARAÇÃO ENTRE HIPERTENSOS APARENTEMENTE RESISTENTES COM E SEM DOENÇA RENAL CRÔNICA

BEZERRA, R (PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE), UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL), FEITOSA, A D (PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE), UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL), TELES, F (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIO, AL, BRASIL), DA SILVA, G V (SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL), FEITOSA, C L (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA, PESQUISA E ENSINO EM SAÚDE (IAPES), RECIFE, PE, BRASIL), GONÇALVES, T A T (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA, PESQUISA E ENSINO EM SAÚDE (IAPES), RECIFE, PE, BRASIL), SIQUEIRA, D M (FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS), RECIFE, PE, BRASIL), DE ALBUQUERQUE, J B S (FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS), RECIFE, PE, BRASIL), SPOSITO, A C (DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL), NADRUZ, W (DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão resistente é um fenótipo de alto risco cardiovascular e tem sua frequência aumentada com a redução da função renal. Este estudo objetiva avaliar diferenças entre pacientes portadores de hipertensão aparentemente resistente (HAR) com ou sem doença renal crônica (DRC), em tratamento conservador, através da monitorização residencial (MRPA).

Métodos: Avaliamos retrospectivamente dados clínicos e laboratoriais, da pressão arterial pela monitorização residencial (MRPA) e ecocardiográficos de 152 pacientes portadores de HAR, isto é, em uso de 03 ou mais classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas sem o controle da pressão arterial (PA) ou de 04 ou mais classes em doses otimizadas com controle da PA (desde que incluídos um tiazídico/tiazídico-símile, um inibidor do sistema renina-angiotensina-aldosterona e um bloqueador de canal de cálcio na sua maior dose tolerada) acompanhados em um Hospital Universitário. Os pacientes foram divididos em portadores (eTFG <60ml/min) ou não (eTFG ≥60ml/min) de DRC. Utilizamos o teste t de Student para comparar variáveis contínuas com distribuição normal, teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas sem distribuição normal e qui-quadrado para variáveis categóricas. Análise de regressão logística multivariada foi utilizada para avaliar as

variáveis independentemente associadas à DRC. **Resultados:** Os pacientes portadores de DRC apresentaram características clínicas similares (n=24; 50% homens) comparadas aos pacientes sem DRC (n=128; 36,7% homens), exceto por maior idade (67,2±11,8 vs. 57,3±12,0 anos; p<0,001). Em relação aos parâmetros da MRPA e do ecocardiograma, os pacientes portadores de DRC apresentavam maior pressão de pulso e maior diâmetro de átrio esquerdo (DAE), porém menor pressão arterial diastólica (PAD) e menor diferença manhã-noite da PAD em relação aos pacientes sem DRC. A análise de regressão logística multivariada mostrou que apenas a idade (OR 0,936; p=0,006) apresentou correlação independente com DRC em pacientes portadores de HAR.

Conclusões: Pacientes portadores de HAR apresentam perfil fenotípico de hipertensão semelhantes independente da presença ou ausência da DRC. A idade associou-se à DRC em pacientes portadores de HAR.

ESPIRITUALIDADE E HIPERTENSÃO: EXISTE CORRELAÇÃO? – ANÁLISE DE UM DIA DE CAMPANHA

CESTÁRIO, E D E S (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), VIEIRA, A V F (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), VENTURA, C C (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), COSTA SILVA, D T (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), DOS SANTOS, I S (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), CASTILHO, J C (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), ANDRETA, J M B (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), QUEIROZ, L B (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), CASTRO, Y B (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), TELINI, W M (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Desde a antiguidade a prática da medicina tem se relacionado com conhecimentos da espiritualidade. Sacerdotes do Egito Antigo eram os emissários dos Deuses no auxílio para a cura. Na idade média a prática da medicina estava destinada para os religiosos. Atualmente, países como Reino Unido e Estados Unidos estão desenvolvendo estudos para uma melhor compreensão de como a espiritualidade dos pacientes interage com o tratamento e controle das doenças. Vários estudos tem demonstrado a importância da espiritualidade na redução de casos de depressão e ansiedade. Do mesmo modo tem demonstrado nos pacientes com maior espiritualidade, melhor controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes mellitus. O objetivo desse trabalho foi avaliar uma possível correlação entre Espiritualidade e Hipertensão na análise de pacientes avaliados aleatoriamente em um dia de campanha, através de um estudo observacional.

Métodos: Estudo observacional, transversal, descritivo, de base populacional, amostra aleatória coletada em uma cidade do noroeste paulista em dia de campanha. a abordagem dos pacientes foi realizada utilizando questionário, sempre respeitando crenças individuais e momento em que se encontravam. O questionário utilizado foi o FICA, questionário criado para auxiliar e facilitar a conversa entre médicos e pacientes sobre o assunto da espiritualidade. A amostra foi composta por 206 indivíduos, sendo 104 mulheres e 102 homens, selecionados aleatoriamente entre indivíduos que passaram pelo centro da cidade e que aceitaram participar do projeto. Após esclare-

cerem que os dados recolhidos seriam anônimos, autorizaram a utilização posterior dos seus dados para fins acadêmicos. Em relação às medidas, peso e altura foram avaliados por meio de balança digital, aferição da PA com equipamento automático (Omron) no braço esquerdo com três medidas de PA e contagem de três frequências cardíacas, ambas com intervalo de 1 minuto cada. Para análise estatística foi utilizado o software graphpad com teste T não pareado. **Resultados:** Foram avaliados 206 pacientes, 93 mulheres e 113 homens, com idade média de 55.39 para mulheres e 55.49 para homens. Houve diferença estatística, embora não significativa, nos valores de PAM para ambos os grupos quando a resposta foi positiva para as crenças ajudando a lidar com problemas ($P=0.0656$) embora considerar-se religioso ou espiritualizado não tenha tido diferença nos valores de PAM. ($P=0.2333$) Os pacientes com algum tipo de crença apresentaram menor tendência para obesidade e níveis glicêmicos mais baixos.

Conclusões: Embora considerar-se religioso não tenha apresentado diferença estatística na PAM com os pacientes que se declaram não religiosos, observou-se diferença estatística na PAM, embora não significativa, quando os pacientes relatavam crenças ajudando a lidar com problemas. Apesar do n pequeno, podemos observar uma correlação entre espiritualidade e melhor controle da pressão arterial, bem como tendência em menor índice de massa corporal e menores níveis glicêmicos..

FEOCROMOCITOMA: RELATO DE UM CASO RARO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SECUNDÁRIA

NOBRE FERRAZ, J G (HOSPITAL SÃO LUIZ -REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), RIQUE DRESSLER DE ESPÍNDOLA, K M (HOSPITAL SÃO LUIZ -REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SABA ARRUDA, G D A (HOSPITAL SÃO LUIZ -REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DOMICIANO, R (HOSPITAL SÃO LUIZ -REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), FELDMAN, A (HOSPITAL SÃO LUIZ -REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), TROIANI, F R (HOSPITAL SÃO LUIZ -REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE LIMA, V S (HOSPITAL SÃO LUIZ -REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O Feocromocitoma é um tumor neuroendócrino raro, ocorrendo em menos de 0,2% dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Esses tumores são secretores de catecolaminas que surgem de células cromafins da medula adrenal. Podem ser denominados tumores paragangliomas secretores de catecolaminas e quando surgem dos gânglios simpáticos são denominados feocromocitomas extra-adrenais. Os pacientes, normalmente, são assintomáticos. A clínica clássica se manifesta por uma tríade de sintomas, cefaléia, sudorese e taquicardia. O diagnóstico é realizado de acordo com a confirmação bioquímica de hipersecreção de catecolaminas e da identificação por exames de imagem. O tratamento consiste na ressecção do feocromocitoma com preparos específicos pré e pós cirúrgicos. Trata-se de um relato de caso de paciente jovem com diagnóstico raro de feocromocitoma

Métodos: Foi realizado análise de prontuário para realização do relato de caso

Resultados: Paciente F.S, 41 anos, hipertensa, deu entrada no PS de um serviço privado, encaminhada por laboratório externo por aumento dos níveis pressóricos, (PA 200x110mmHg), associado a palpitações (FC 132 bpm), cefaleia e sudorese. Paciente referia episódios semelhantes nos últimos meses. Na admissão, apresentava-se taquicárdica, hipertensa e

com sudorese. Foram solicitados exames de imagem e laboratoriais. Dos exames, na ressonância de abdômen havia presença de lesão sólida hipervascularizada e nódulo sólido homogêneo na adrenal esquerda de 2 cm. Na ressonância cardíaca havia tênue realce tardio multifocal não coronariano, com edema associado podendo ser secundário a Miocardite Adrenérgica. Apresentou valores aumentados de cortisol de 36,3, de Metanefrina urinária 5.530microg/24hrs, Normetanefrina plasmática 14nmol, e Catecolaminas urinárias 1.370 microg/24hrs Passou por avaliação urológica, com proposta de programação cirúrgica após completar o alfa e beta bloqueio. Foi Iniciado alfa bloqueio com doxazosina. Com isso, paciente diminui as crises adrenérgicas. Foi então, iniciado beta bloqueio e programado cirurgia para ressecção de nódulo na suprarrenal. Realizada cirurgia de adrenalectomia laparoscópica a esquerda e ressecção de tumor retroperitoneal. Aspecto macroscópico sugestivo de paraganglioma. Levado para análise anátomo patológica.

Conclusões: A grande importância de se diagnosticar e tratar esses tumores é que a maioria deles hipersecretam catecolaminas podendo causar infarto do miocárdio, arritmia, entre outras manifestações vasculares, causando assim, morbimortalidade cardiovascular a longo prazo.

RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO VENTRICULAR APÓS SUBSTITUIÇÃO DE MARCAPASSO CONVENCIONAL POR ESTIMULAÇÃO FISIOLÓGICA.

NOBRE FERRAZ, J G (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), RIQUE DRESSLER DE ESPÍNDOLA, K M (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DOS SANTOS SOUSA, I B (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), TROIANI, F R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE LIMA, V S (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Mulher, 83 anos, com múltiplas comorbidades, dentre elas hipertensão, diabetes, doença arterial coronariana prévio, mas sem sequelas de disfunção ventricular. Além disso paciente é portadora de fibrilação e flutter atrial com episódios de baixa resposta ventricular por disfunção do nó sinusal sendo submetida a implante de marcapasso convencional (MPC) há alguns meses. Admitida em hospital por dispneia aos esforços progressivamente. Na admissão feito um Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações visualizado ritmo regular com comando do MPC, evidenciando bloqueio de ramo esquerdo (BRE) com QRS de 190ms. Exames laboratoriais revelaram Pro-BNP > 9000 (VN:). Realizado ainda Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT): demonstrando aumento importante biatrial (átrio esquerdo com volume indexado de 68 mm) e fração de ejeção de VE 28%. PSAP 56 mmHg. Sendo desencadeado investigação para possíveis etiologias para a IC. Afastada hipótese de equivalente isquêmico por coronariopatia, principalmente devido ao seu histórico prévio, bem como valvopatias, arritmias descontroladas e quadros infecciosos. Aventurei hipótese de queda de FE por dissincronia relacionada ao MPC, foi optado pela substituição do eletrodo de estimulação de VD e reposicionamento de eletrodo para estimulação fisiológica do Sistema His-Purkinje. Após 7 dias do procedimento, foi repetido ECOTT, demonstrando melhora significativa em FEVE de 48%. Neste caso, notamos a importância de determinar o melhor local de estimulação ventricular possível em pacientes que necessitam de marcapasso permanente, visando minimizar suas possíveis consequências desfavoráveis, como indução de insuficiência cardíaca e aumento de hospitalização. **Métodos:** Revisão de prontuário para relato de caso **Resultados:** Pacientes submetidos à estimulação crônica do ventricular direito (VD) por marcapasso convencional (MPC) ou CDI (cardiodesfibrilador implantável) podem evoluir com disfunção sistólica progressiva do ventrículo esquerdo (VE) em decorrência de dissincronia elétrica e mecânica. Desta forma, apresenta-se como uma possível causa de insuficiência cardíaca e aumento da mortalidade. Isso acontece devido a presença de disfunção sistólica importante, ocorre aceleração do dano celular miocárdico, alterações da geometria ventricular, cresci-

mento atrial, piora da regurgitação mitral e consequente deterioração hemodinâmica. Dados de registros indicam que a disfunção do VE induzida por MP pode ocorrer em 12 a 30% dos pacientes. Para esse diagnóstico, deve-se documentar alta taxa de estimulação ventricular, afastadas outras causas de disfunção de VE, como isquemia miocárdica, valvopatias e arritmias sem controle adequado. Recentemente, evidências clínicas vêm surgindo relacionando a estimulação cardíaca artificial com maiores taxas de internações hospitalares por IC. Resultados do estudo MOST (MOf Selection Trial) mostraram que, em pacientes com duração normal do QRS basal, a estimulação ventricular >40% do tempo conferiu um risco 2,6 vezes maior de hospitalização por insuficiência cardíaca. Já o estudo DAVID (Dual Chamber and VVI Implantable Defibrillator) também demonstrou aumento de hospitalização por insuficiência cardíaca, além do aumentar o risco de morte em pacientes com disfunção sistólica de VE e >40% de estimulação ventricular. O reconhecimento dos efeitos deletérios do MPC levou a uma busca contínua por locais alternativos de estimulação. A estimulação permanente do feixe de His foi descrita pela primeira vez por Deshmukh et al. em 2000, se tornando uma alternativa fisiológica ao MCP. A despolarização dos ventrículos através do sistema His-Purkinje induz ativação ventricular síncrona normal e, portanto, evita a dessincronia induzida por MPC. Aproximadamente 25% a 50% dos pacientes com IC avançada apresentam complexo QRS com duração prolongada, e a maioria tem morfologia de bloqueio de ramo esquerdo. Muitos destes pacientes evoluem com necessidade de implantação de marcapasso durante o curso da doença, nesse caso, deve-se priorizar uma estratégia com estimulação biventricular (ressincronizador) ou estimulação fisiológica do sistema His-Purkinje visando minimizar os efeitos deletérios do MPC.

Conclusões: Esse caso aborda a necessidade clínica de determinar o melhor local de estimulação ventricular possível em pacientes que necessitam de marcapasso permanente, principalmente naqueles já com QRS alargado. Porém, ainda carecem de grandes trabalhos randomizados que apoiem o conceito de que a estimulação fisiológica septal profunda pode prevenir a dissincronia ventricular e assim as complicações da ICFER

DISSECÇÃO CORONARIANA ESPONTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS NO CENÁRIO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: RELATO DE CASO.

NOBRE FERRAZ, J G (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), RIQUE DRESSLER DE ESPÍNDOLA, K M (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE ANDRADE, L F P (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), JERÔNIMO, A D (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DOMICIANO, R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), TROIANI, F R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE LIMA, V S (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Mulher, 42 anos, admitida com dor torácica irradiada para membro superior esquerdo, intensa, associada a náuseas e iniciada durante atividade física. Exame físico, eletrocardiograma e ecocardiograma iniciais normais. Recebeu AAS e isordil. Apresentou troponina inicial 87,89 com pico 23.000. Durante a internação foi realizado diagnóstico de síndrome coronariana aguda sem supra de ST. Realizou coronariografia, que demonstrou dissecção espontânea de primeira diagonal, circunflexa e primeira marginal, associado a presença de hematoma intramural. Na discussão de heart team foi definido manter estratégia conservadora. Houve redução da troponina e melhora dos episódios de dor. Após estabilização clínica realizou investigação reumatológica e vascular com angiotomografia de aorta torácica e abdominal sem achados. Apresentou doppler de carótidas normal e sorologias (b2gliptn/cardiolipinas/sm/dna/fr/rnp/la/ro) não reagentes. Recebeu alta, estável, com programação de teste genético ambulatorial. **Métodos:** Revisão de prontuário para relato de caso **Resultados:** A dissecção espontânea da artéria coronária é uma causa rara e não aterosclerótica de síndrome coronariana aguda, particularmente entre mulheres jovens e indivíduos com poucos fatores de

risco ateroscleróticos. Possui associação com fatores hormonais, doenças reumatológicas, genéticas e precipitantes ambientais, físicos e emocionais. O diagnóstico preciso é fundamental para fornecer o suporte precoce e definir o tratamento (conservador x intervenção). Nesse perfil de pacientes, a intervenção coronária tem menor sucesso técnico e risco elevado de complicações. O manejo deve ser individualizado com o objetivo de aliviar os sintomas bem como redução de risco de complicações e tratamento da disfunção ventricular. Muitos necessitam de revascularização de urgência, geralmente devido a extensão da dissecção.

Conclusões: O tratamento da síndrome coronariana aguda na mulher mostrou-se um desafio nas emergências. É importante que a doença seja conhecida visto que, o diagnóstico e tratamento adequados evitam iatrogenias e conferem melhor qualidade de vida. Sendo assim, este trabalho torna-se relevante para alertar sobre a possibilidade de casos semelhantes ainda sem diagnóstico ou com tratamento inadequado. Deve-se também, salientar a necessidade de novos estudos para avaliar o benefício do tratamento intervencionista, uma vez que, ainda não está bem definido qual perfil clínico e anatômico se beneficia deste tipo de tratamento.

RELATO DE CASO RARO DE DISJUNÇÃO DO ANEL MITRAL

NOBRE FERRAZ, J G (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), , K M (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), TROIANI, F R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE LIMA, V S (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SABA ARRUDA, G D A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), FELDMAN, A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DOMICIANO, R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O prolapso da válvula mitral (PVM) é relativamente comum, com uma prevalência de cerca de 2% e tem um bom prognóstico no geral. No entanto, a PVM tem sido associada a arritmias ventriculares malignas e morte súbita cardíaca em um pequeno subconjunto de pacientes jovens e de meia-idade. O PVM de folheto duplo, fibrose do músculo papilar e disjunção do anel mitral (MAD) também foram associados ao aumento do risco arritmico. A MAD é caracterizada por uma separação sistólica entre o miocárdio ventricular e o anel mitral que sustenta o folheto mitral posterior, que resulta em um movimento anormal do anel valvar denominado curling. Estudos demonstram uma associação entre MAD, arritmia ventricular e fibrose do músculo papilar na qual está relacionada a um risco aumentado de arritmias. Será apresentado um caso de uma paciente assintomática com disjunção de anel mitral que não apresenta prolapso mitral e que evolui com uma taquicardia ventricular não sustentada no teste de esforço . **Métodos:** As informações e dados deste trabalho foram obtidas através de revisão de prontuário e de literatura. **Resultados:** Mulher, 46 anos, sem comorbidades prévias conhecidas buscou cardiologista ambulatorialmente para pré-operatório de colecistectomia. Solicitados exames para avaliação, onde observou-se Ecocardiograma transtorácico com função biventricular preservada, sem valvopatias ou outras alterações, eletrocardiograma dentro dos padrões de normalidade, porém em teste ergométrico paciente apresentou taquicardia ventricular polimórfica sustentada ao esforço, tendo seu exame interrompido e encaminhada para investigação hospitalar. Na admissão foi dosado troponina, BNP, eletrólitos e função tireoideana, todas sem alterações. Paciente prosseguiu investigação com afastamento de etiologia isquêmica após realização de angiotomografia de coronária que demonstrou score de cálcio zero, lesão mínima em território de descendente anterior proximal. Holter totalmente em ritmo sinusal, frequência cardíaca mínima 51, média 64, máxima 92 e 1 episódio de TVNS. Procedeu investigação com a Ressonância magnética cardíaca (RMC), a qual demonstrou disjunção do anel mitral, com maior medida de 5,3 mm na via de saída de VE, associado ainda a realce tardio focal em músculo

papilar póstero-medial . Indicado CDI subcutâneo para prevenção primária. A MAD inicialmente foi descrita num estudo em 1986 de autopsia que mostrou uma prevalência de 6% no coração humano. Um outro estudo de 2018 avaliaram a ocorrência de MAD com PVM e dos 116 paciente selecionados, observaram que 90 pacientes que tinham MAD , não tinham PVM e 26 tinham PVM com MAD. Uma outra análise realizada , mostrou que os pacientes que tinham a disjunção , mas não tinham o prolapso , eles apresentavam uma maior risco para taquicardia ventricular junto com a idade mais nova e a presença de fibrose A apresentação clínica mais frequente são as palpitações e pode apresentar síncope e arritmia ventricular e morte súbita A paciente assintomática que apresenta os seguintes fatores de risco para arritmia ventricular : Jovem, presença de fibrose e a disjunção sem prolapso. A RMC é o ideal para estratificação de risco de EVs destes pacientes, devido à capacidade de identificar de forma não invasiva a fibrose miocárdica focal usando o realce tardio com gadolínio. Geralmente, a fibrose está localizada no músculo papilar da parede inferior. O tratamento medicamentoso da arritmia ventricular num estudo pequeno não se mostrou benefício. No entanto, o tratamento com dispositivos como o uso de CDI que na prevenção secundária é indicado por diretrizes em pacientes com PVM e história documentada de parada cardíaca súbita com fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem causas reversíveis. Agora, a implantação do CDI na prevenção primária é mais complexa de acordo com a opinião de especialista, a recomendação se torna mais forte para pacientes que apresentam com síncope inexplicável e EVs de alto risco detectados por ECG, Holter ou por teste de esforço. Uma outra opção que se mostra interessante é um estudo eletrofisiológico e tentar fazer ablação do foco da arritmia além de estratificar o risco para morte súbita e assim , colocar o CDI.

Conclusões: A MAD é uma condição pouco conhecida, porém deve ser considerada como um diagnóstico diferencial nos casos de arritmias ventriculares em pacientes jovens .Seu diagnóstico é facilitado pela RM cardíaca que auxilia tanto para ver a disjunção como para avaliar outras anormalidades estruturais

RELATO DE CASO DE MUTAÇÃO DO FATOR V DE LEIDEN COM TROMBO EXTENSO EM ÁTRIO DIREITO NA VIGÊNCIA DE ANTICOAGULAÇÃO.

NOBRE FERRAZ, J G (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), RIQUE DRESSLER DE ESPÍNDOLA, K M (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DOMICIANO, R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), FELDMAN, A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), ARRUDA, G D A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), TROIANI, F R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE LIMA, V S (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), JERÔNIMO, A D (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE ANDRADE, L F P (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE ANDRADE, L F P (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Apresentamos o caso de um paciente com mutação do Fator V de Leiden (FVL) em heterozigose que apresentou trombo extenso em átrio direito (AD) na vigência de anticoagulação com rivaroxabana. Homem, 26 anos, deu entrada no departamento de emergência com quadro algíco em ambos membros inferiores iniciado 4 dias antes. Ultrassom Doppler de membro inferior esquerdo com presença de tromboflebite de veia safena magna e trombose venosa profunda (TVP) na veia femoral comum, poplítea e tibiais posteriores. Antecedentes: portador de mutação do FVL em uso regular de rivaroxabana 20mg/dia, 3 episódios prévios de TVP com o primeiro episódio aos 16 anos de idade e um episódio de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), trombectomia de eixo cavo-ilíaco com implante de stents em veias femorais bilateralmente e filtro de veia cava inferior. Realizados ecocardiograma transtorácico que evidenciou imagem ecogênica em átrio direito (AD) e em seguida ressonância magnética cardíaca com trombo em AD de contornos irregulares, com 50 x 39 mm e base larga localizado próximo

à desembocadura da veia cava superior, causando insuficiência tricúspide. Devido à extensão e obstrução ao fluxo tricúspideo com gradiente máximo de 15 mmHg, foi indicada trombectomia. Realizado procedimento cirúrgico sem intercorrências. Reiniciada anticoagulação com enoxaparina como ponte para varfarina. **Métodos:** Relato de caso com revisão de prontuário e da literatura. **Resultados:** . A mutação do FVL é o defeito genético mais frequentemente envolvido na etiologia de eventos tromboembólicos venosos (TEV) e sua ocorrência em heterozigose aumenta em três a oito vezes o risco de TEV. Paciente estava em uso de rivaroxabana de forma regular, no entanto, houve formação de trombo gigante em AD. Estudos são mais incisivos em ressaltar que a anticoagulação seja feita com varfarina no contexto da mutação do FVL, porém estudos de menor porte defendem o uso de anticoagulantes orais diretos.

Conclusões: A investigação etiológica, bem como a escolha adequada do anticoagulante deve ser feita rotineiramente em pacientes com trombos gigantes em cavidades cardíacas.

A IMPLANTAÇÃO DE UM PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO E SUA IMPORTÂNCIA NA EFICIÊNCIA DO TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA COM SUPRADESNIVELAMENTO DE ST

NOBRE FERRAZ, J G (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), RIQUE DRESSLER DE ESPÍNDOL, K M (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), TROIANI, F R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE LIMA, V S (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DOMICIANO, R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SABA ARRUDA, G D A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), FELDMAN, A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), GALLINDO, B (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), LISBOA, D (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A dor torácica é queixa frequente nas unidades de emergência e cerca de 25% são por síndrome coronariana aguda (SCA). A maioria das mortes por SCA ocorrem nas primeiras horas de sua apresentação, portanto, o atraso no diagnóstico e no tratamento pode aumentar sua morbimortalidade. A intervenção coronária percutânea (ICP) é a estratégia de reperfusão preferencial, especialmente se iniciada em até 90 minutos do diagnóstico de SCA com supradesnive-lamento de ST (SCACSST). Portanto para o manejo adequado é necessário um fluxo bem estruturado e profissionais treinados para o pronto diagnóstico e tratamento. O objetivo do trabalho é avaliar o impacto da implantação de um pronto socorro (PS) cardiológico, dentro de um PS geral, em relação ao tempo porta-balão (TPB) **Métodos:** Estudo observacional, retrospectivo, através da análise de banco de dados do Hospital São Luiz São Caetano do Sul. Foram incluídos todos os pacientes atendidos por SCACSST e submetidos a coronariografia de emergência com o TPB de até 90 minutos no período de outubro de 2019 a setembro de 2021. Compararam-se os resultados dos atendimentos de 2 grupos, sendo o GRUPO 01: pacientes atendidos nos 12 meses que antecederam a implantação do PS cardiológico e GRU-

PO 02: pacientes atendidos nos 12 meses subsequentes ao início das atividades do PS cardiológico. Para comparar idade por grupo foi utilizado o Teste T, para comparar as demais variáveis o teste Qui-Quadrado e, quando necessário, o teste Exato de Fisher. Foi utilizado um nível de significância de 5% (p -valor $< 0,05$). **Resultados:** Foram analisados 32 pacientes, com a média de idade 53,4 ($\pm 12,1$) anos, sendo 71,9% do sexo masculino. Não se observou diferença significativa, entre os grupos, na média de idade, distribuição por gênero e antecedentes de diabetes ou infarto agudo do miocárdio. Foram atendidos 16 pacientes em cada grupo. No grupo 01, 37,5% apresentaram TPB menor ou igual a 90 minutos. Este percentual foi significativamente maior (93,8%) no grupo 02 ($p=0,008$). Não houve diferença estatisticamente significativa, entre os grupos, em relação a tempo de internação, disfunção ventricular e óbito.

Conclusões: O tratamento precoce do SCACSST é um dos principais fatores de prognóstico. Assim, observamos que a implantação do PS cardiológico com atendimento eficaz e profissionais treinados resultou em melhores resultados no tempo porta-balão dos pacientes e com possível influência positiva no prognóstico destes pacientes

ACHADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ECOCARDIOGRÁFICOS DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO ASSOCIADO A FORAME OVAL PATENTE

NOBRE FERRAZ, J G (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), RIQUE DRESSLER DE ESPÍNDOL, K M (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), TROIANI, F R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DE LIMA, V S (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SABA ARRUDA, G D A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), FELDMAN, A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), DOMICIANO, R (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), JERÔNIMO, A A (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL), PORRIO DE ANDRADE, L F (HOSPITAL SÃO LUIZ- REDE D'OR, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O forame oval patente (FOP) é um defeito embriológico cardíaco consequente da não fusão dos septum primum e septum secundum, cuja prevalência na população adulta é de 20% a 25%. Estudos indicam que o FOP pode estar relacionado ao acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI) criptogênico em pacientes jovens. A associação FOP com AVEI se deve ao mecanismo de embolia paradoxal, bem como formação in situ de um trombo. O ecocardiograma transesofágico (ETE) com solução salina agitada é parte essencial da rotina de avaliação do FOP, visando caracterizar condições anatômicas do FOP de alto risco e que predispõem à embolia sistêmica. São considerados preditores de alto risco: tamanho do FOP >2mm, comprimento do túnel ≥ 10 mm, grau do shunt em repouso, presença de aneurisma do septo interatrial, Válvula de Eustáquio e/ou Rede de Chiari. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional e retrospectivo desenvolvido no Hospital São Luiz- Anália Franco/SP. Foram avaliados 18 pacientes, de ambos os sexos, idades entre 18 e 60 anos, que apresentaram AVEI confirmado por ressonância magnética, sendo o FOP a etiologia mais provável. Todos os pacientes foram submetidos ao fechamento percutâneo do FOP entre janeiro de 2021

e dezembro de 2022. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 41 anos, maioria do gênero feminino (57%), sendo que 28% eram hipertensos. RoPE score ≥ 7 foi evidenciado em 56% dos pacientes. Na avaliação do comprimento do FOP, 61% dos casos tinham túnel ≥ 10 mm, 33% entre 5-10 mm e 6%, túnel ≤ 5 mm. Em relação à separação máxima dos folhetos dos septum primum e septum secundum, em 18% dos pacientes a altura foi ≥ 4 mm, em 76% de 2 e 3 mm, e em 6% foi ≤ 2 mm. Quanto ao shunt, foi observado que 94% dos doentes possuíam fluxo espontâneo ao repouso e, quando submetidos à manobra de Valsalva, 56% dos shunts se demonstraram de alta condutância com passagem de mais de 20 microbolhas nos primeiros ciclos cardíacos.

Conclusões: : O AVEI relacionado ao FOP é um importante problema de saúde. O aconselhamento antes do fechamento deve incluir a avaliação clínica do papel causal do FOP e sua caracterização anatômica de risco realizada pelo ETE. No presente estudo pudemos observar que nosso serviço está alinhado com as tendências da literatura atual quanto aos achados epidemiológicos e ecocardiográficos de risco para indicação de oclusão de FOP.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE FOLDER ORIENTATIVO PARA MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL

ARAÚJO, T L D (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ- UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL), ALBUQUERQUE, N L S D (UNILAB, FORTALEZA, CE, BRASIL), DANTAS, I O (UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL), SOUSA, M F D (UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL), CRUZ, R C (UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL), SILVA, A F R D (UFC, FORTALEZA, CE, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é uma ferramenta de automonitoramento da pressão arterial (PA) que pode ser incorporada no cuidado de pessoas com hipertensão arterial (HA). Embora seja recomendada em diretrizes, no Brasil não são encontrados materiais educativos que orientem a sua realização. Tem-se por objetivo descrever a validação de conteúdo de um folder orientativo para realização de MRPA. **Métodos:** Trata-se de estudo de desenvolvimento realizado com cinco especialistas em hipertensão e/ou manejo da PA. O folder avaliado possuía em sua face anterior instruções visuais e escritas sobre componentes dos monitores automáticos de medição da PA, preparação e execução da automedição da PA e ações a serem realizadas diante de valores elevados. O verso do material continha espaços para registro das medições com ilustrações indicativas dos períodos diurno e noturno. O instrumento de validação contou com 20 itens distribuídos nos componentes “Potencial de educação” e “Aparência”. O Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) foi calculado com base nas médias fornecidas pelos especialistas, as quais foram divididas pelo ponto máximo da escala de Likert utilizada, que, neste estudo, é 5. **Resultados:** Os cinco

especialistas possuíam idade média de 42 ($\pm 11,88$) anos, experiência média de 13,8 ($\pm 9,75$) anos no campo da educação em saúde e 16 ($\pm 4,8$) anos no campo da hipertensão arterial. Eram majoritariamente (60%) doutores. O componente “Potencial de Educação” alcançou CVC de 0,90 e o componente “Aparência”, 0,919. Itens relativos à construção do conhecimento para o autocuidado, clareza na apresentação das informações, sequência lógica, ilustrações, linguagem e estímulo ao aprendizado sobre o tema obtiveram CVC igual a 1,0. Dos 20 itens, apenas “O título e as letras do folder estão adequados” obteve CVC inferior a 0,80. Assim, somente este aspecto do folder foi considerado não validado. Foram realizados ajustes no tamanho da fonte do material em sua versão final.

Conclusões: O folder orientativo para realização de MRPA atendeu majoritariamente às condições mínimas estabelecidas no âmbito da validação e pode ser considerado material educativo adequado à finalidade a qual se destina. São diversas as possibilidades de uso dessa tecnologia, incluindo educação em saúde visando fomentar o auto manejo da hipertensão arterial e potencial para ser incluído na embalagem de monitores automáticos de PA comercializados no Brasil.

PARÂMETROS DE DIÁLISE E DE PRESSÃO ARTERIAL ASSOCIADOS À PROGNÓSTICO DE COVID-19 EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

BEZERRA, R (LABORATÓRIO DE IMUNOPATOLOGIA KEIZO ASAMI, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL), FEITOSA, A D M (PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE), UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL), SILVESTRE, O M (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE, RIO BRANCO, AC, BRASIL), FERNANDES-SILVA, M M (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA, PR, BRASIL), AMAZONAS, R B (DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL MÁRIO-GATTI, CAMPINAS, SP, BRASIL), TELES, F (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIO, AL, BRASIL), RODRIGUES, C I S (DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, SOROCABA, SP, BRASIL), FILHO, J L L (LABORATÓRIO DE IMUNOPATOLOGIA KEIZO ASAMI, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL), SPOSITO, A C (DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL), NADRUZ, W (DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A pandemia de Covid-19 afetou devastadoramente os pacientes com doença renal em estágio terminal (DRCT). Apesar disso, faltam informações sobre fatores de risco para pior prognóstico nesta população. Este estudo visa avaliar se os parâmetros dialíticos associados à sobrecarga hídrica em pacientes com DRC com Covid-19 têm valor prognóstico. **Métodos:** Avaliamos retrospectivamente características clínicas, pressão arterial (PA) e parâmetros de diálise em pacientes com DRC em hemodiálise ambulatorial com (Covid-DRCT) e sem (Sem-Covid-DRCT) Covid-19 de quatro centros de hemodiálise brasileiros. Os grupos Covid-DRCT e Sem-Covid-DRCT foram pareados por tamanho da amostra e tempo de calendário. A PA média e os parâmetros de diálise foram calculados nos períodos pré-infecção, infecção aguda e pós-infecção. Os principais desfechos foram hospitalização por Covid-19 e morte por todas as causas. **Resultados:** Pacientes com Covid-DRCT (n=107; 54% mulheres; 60,8±17,7 anos) tiveram características semelhantes em comparação com pacientes Sem-Covid-DRCT (n=107; 62% mulheres; 58,4±14,6 anos), exceto por menor frequência de vacinação contra Covid-19, taxa de ultrafiltração e ganho de peso interdialítico na doença aguda, e maior redução no peso pré-diálise de 1 semana antes da doença até a doença aguda. Após 286 [276.591]

dias de acompanhamento, houve 18 hospitalizações relacionadas à Covid-19 e 28 mortes entre pacientes com Covid-DRCT. Os resultados da análise de regressão logística não ajustada em pacientes com Covid-DRCT mostraram que a hospitalização por Covid-19 foi inversamente associada à taxa de UF no período de doença aguda e diretamente associada à diferença na PAS pré-diálise (Δ pré-diálisePAS) de 1 semana antes da doença até a doença aguda. A análise de regressão logística multivariada mostrou que aumentos na PA sistólica pré-diálise de 1 semana antes da doença até a doença aguda (OR, IC 95% = 1,06, 1,02–1,10; p = 0,004) e vacinação contra Covid-19 (OR, IC 95% = 0,16, 0,04–0,69; p=0,014) foram associados à hospitalização em pacientes com Covid-DRCT. A análise de regressão multivariada de Cox mostrou que a hospitalização relacionada à Covid-19 (HR, IC 95% = 5,17, 2,07–12,96; p < 0,001) e idade (HR, IC 95% = 1,05, 1,01–1,08; p = 0,008) foram preditores independentes de mortalidade por todas as causas em pacientes com Covid-DRCT.

Conclusões: A doença aguda por Covid-19 foi associada a variações nos parâmetros do status volêmico na diálise em pacientes com DRC. Além disso, aumentos na PA pré-diálise durante a doença aguda por Covid-19 foram associados a prognóstico adverso em pacientes com Covid-DRCT.

PREVALÊNCIA DOS FENÓTIPOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO RESISTENTE: UM ESTUDO DE MEDIDA RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL

BEZERRA, R (LABORATÓRIO DE IMUNOPATOLOGIA KEIZO ASAMI, UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL), FEITOSA, A D M (PRONTO SOCORRO CARDIOLÓGICO DE PERNAMBUCO (PROCAPE), UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, RECIFE, PE, BRASIL), BARROSO, W K S (SERVIÇO DE CARDIOLOGIA, LIGA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIANIA, GO, BRASIL), TELES, F (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIO, AL, BRASIL), DAL PONT, C (DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL), CEDRIM, M (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA, PESQUISA E ENSINO EM SAÚDE (IAPES), RECIFE, PE, BRASIL), FEITOSA, C L (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA, PESQUISA E ENSINO EM SAÚDE (IAPES), RECIFE, PE, BRASIL), GONÇALVES, T A T (INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA, PESQUISA E ENSINO EM SAÚDE (IAPES), RECIFE, PE, BRASIL), SPOSITO, A C (DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL), NADRUZ, W (DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, CAMPINAS, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Excluir a hipertensão do avental-branco é etapa obrigatória para o diagnóstico da hipertensão arterial resistente. Este estudo comparou a prevalência dos fenótipos de hipertensão arterial em pacientes com hipertensão resistente (HAR), de acordo com os valores de normalidade de pressão arterial (PA) definidos pelas Sociedades Brasileira, Europeia e Americana de Cardiologia. **Métodos:** Avaliamos retrospectivamente dados de PA obtidos no consultório e na monitorização residencial da PA (MRPA) de 197 pacientes portadores de HAR, isto é, em uso de 03 ou mais classes de anti-hipertensivos em doses otimizadas sem o controle da pressão arterial (PA) ou de 04 ou mais classes em doses otimizadas com controle da PA acompanhados em um Hospital Universitário. Classificamos os fenótipos utilizando as metas pressóricas de normalidade brasileira (PA consultório < 140/90mmHg e MRPA < 130/80mmHg), europeia (PA consultório < 140/90mmHg e MRPA < 135/85mmHg) e americana (PA consultório < 130/80mmHg e MRPA < 130/80mmHg) em Hipertensão Sustentada Não Controlada - HSNC (PA anormal no consultório e na MRPA), Hipertensão do Avental-Branco Não Controlada - HABNC (PA anormal no consultório e normal na MRPA), Hipertensão Mascarada Não Controlada -

HMNC (PA normal no consultório e anormal na MRPA) e Hipertensão Controlada - HC (PA normal no consultório e na MRPA). Utilizamos o teste do qui-quadrado para comparação das prevalências dos fenótipos. **Resultados:** A população deste estudo era em sua maioria do sexo feminino (65,5%), tinha idade média de 59 ± 12 anos, e apresentava 42% de diabéticos. As médias de PA no consultório foram de $154 \pm 29 / 91 \pm 18$ mmHg e de $141 \pm 25 / 85 \pm 17$ mmHg na MRPA. Os pacientes utilizavam em média $4,5 \pm 1,2$ classes de anti-hipertensivos. As prevalências dos fenótipos encontrados foram de: 62,9% de HSNC, 13,7% HABNC, 12,7% HMNC e 10,7% HC pelas metas brasileiras; 55,4% de HSNC, 21,3% HABNC, 8,1% HMNC e 15,2% HC pelas metas europeias; e 68,5% de HSNC, 16,8% HABNC, 7,1% HMNC e 7,6% HC pelas metas americanas. Houve diferença estatisticamente significativa na prevalência dos fenótipos de acordo com os valores de normalidade de PA preconizados pelas diferentes sociedades ($p < 0,001$). **Conclusões:** A HABNC foi mais frequente utilizando-se os valores de normalidade de PA europeus e menos frequente utilizando-se os valores de normalidade de PA brasileiros. Portanto, a mudança dos valores de normalidade repercute na prevalência de hipertensão resistente verdadeira.

HIPERCOLESTEROLEMIA: UMA REVISÃO ABRANGENTE DE FATORES BIOQUÍMICOS E GENÉTICOS

RIB, MA (FACULDADE ATENAS, PASSOS-MG, PASSOS, MG, BRASIL), M T (FACULDADE ATENAS, PASSOS, PASSOS, MG, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O marco teórico que levou à realização do trabalho foi o fato de minha avó paterna ser portadora desta patologia, portanto, tive a curiosidade de saber mais sobre esta condição. A Hipercolesterolemia Familiar (HF) é uma patologia genética que está relacionada com o metabolismo das lipoproteínas, sendo o modo de herança autossômico codominante. Caracteriza-se por níveis muito elevados do LDL (Low Density Lipoproteins), uma lipoproteína de baixa densidade e pela presença de sinais clínicos específicos, resultando em um risco elevado de doenças cardiovasculares. O diagnóstico precoce é importante, iniciando de forma antecipada da medicação hipolipemiante e orientações aos pacientes sobre a importância de praticar atividades físicas e realizar alimentação saudável, assim gerando mudanças na história natural da doença. A HF é um grande problema de saúde pública devido à elevada prevalência de doença coronariana e consequentemente uma redução da expectativa de vida observada em várias famílias. Dados epidemiológicos relevantes revelam que aproximadamente 85% dos homens e 50% das mulheres podem ter um evento coronariano antes de completarem os 65 anos de idade, se não tratados adequadamente e que cerca de 200.000 pessoas no mundo vão a óbito a cada ano por ataques cardíacos precoces devido à HF, os quais poderiam ser evitados com tratamentos apropriados.

Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura, desenvolvida por artigos publicados nas bases de dados do Google Acadêmico, Scopus e PubMed utilizando os descritores: Hipercolesterolemia familiar, genética. Foram selecionados artigos atuais e relevantes, incluído artigos publicados em revistas internacionais e cientificamente renomadas.

Resultados: A HF é causada por mutações em genes específicos, como o gene do receptor de LDL (LDLR), o gene da apolipoproteína B (APOB) e o gene da PCSK9 (Proprotein convertase subtilisin/kexin type 9). Essas mutações levam a uma redução na capacidade do organismo de remover o colesterol LDL do sangue, resultando em níveis elevados de colesterol. O mecanismo celular envolvido na HI

está relacionado ao transporte e metabolismo do colesterol. O LDLR é responsável por reconhecer e internalizar as partículas de LDL presentes no sangue, no entanto, mutações nesse gene podem levar a uma redução na expressão ou função do receptor, resultando em uma menor captação de LDL pelas células. Além disso, a APOB é essencial para a formação das partículas de LDL e mutações no gene da APOB podem levar a uma produção anormal de LDL, com maior afinidade para se ligar aos receptores dessa lipoproteína e menor capacidade de ser removido do sangue. A PCSK9 é uma enzima que desempenha um papel importante na regulação dos níveis de colesterol no organismo. Ela é produzida principalmente no fígado e está envolvida no metabolismo do colesterol LDL. A PCSK9 regula a quantidade de receptores de LDL na superfície das células hepáticas, assim quando os níveis de LDL estão elevados, a PCSK9 se liga aos receptores, levando à sua degradação e diminuindo a capacidade do fígado de remover o colesterol LDL do sangue, resultando em níveis mais altos de colesterol circulante. A mutação genética na PCSK9 pode levar a uma produção excessiva dessa enzima, resultando em níveis elevados de colesterol LDL e aumentando o risco de doenças cardiovasculares, como aterosclerose e ataques cardíacos. Por outro lado, algumas pessoas possuem mutações que reduzem a atividade da PCSK9, resultando em níveis mais baixos de colesterol LDL e menor risco de doenças cardiovasculares. O conhecimento sobre essa enzima levou ao desenvolvimento de medicamentos inibidores, que são utilizados no tratamento de pacientes com HI ou com alto risco cardiovascular.

Conclusões: A HF é uma doença genética que apresenta aspectos bioquímicos, genéticos e citológicos distintos. A identificação de mutações genéticas responsáveis pela HI abre caminho para o desenvolvimento de terapias gênicas inovadoras, que podem revolucionar o tratamento dessa condição. No entanto, mais pesquisas são necessárias para aprimorar nosso conhecimento sobre a hipercolesterolemia familiar e suas implicações clínicas.

NEUROPATIA AUTÔNOMICA CARDIOVASCULAR E ALTERAÇÕES DA HEMODINÂMICA VASCULAR DURANTE MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PA (MAPA) EM PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

YUGAR, L B T (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), DA COSTA, L M C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), SEDENHO-PRADO, L G (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), MINARI, T P (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), MANZANO, C F (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), RUBIO, T A (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), TACITO, L H B (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), PIRES, A C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), VILELA-MARTIN, J F (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), YUGAR-TOLEDO, J C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Introdução: A Neuropatia Autônômica Cardiovascular (NAC) é uma importante complicação do Diabetes Mellitus 2 (DM). Sua presença está associada a pior prognóstico e declínio da qualidade de vida, porém, mesmo com alta prevalência e importante impacto sob a morbidade e mortalidade cardiovascular, essa condição clínica é subdiagnosticada. Objetivo: Avaliar NAC e o comportamento da pressão arterial (PA) durante MAPA em pacientes portadores de DM com duração menor que 10 anos (Grupo DM < 10 anos); e maior que 10 anos (Grupo DM > 10 anos) com o método de análise da variabilidade da frequência cardíaca (VFC). **Métodos:** Casuística e Métodos: 81 pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo DM < 10 anos – N=50 Grupo DM > 10 anos – N=31. Para avaliação da função autonômica, foi realizada análise da variabilidade espontânea de uma série de intervalos RR do eletrocardiograma no domínio do tempo (análise temporal) e no domínio da frequência (análise espectral), de forma combinada ou exclusiva, com auxílio de um frequencímetro Polar® Heart Rate Sensor H7 (Polar Electro Oy, Kempele, Finlândia), e um software dedicado chamado Kubios (HRV – Finland) O índice de atividade parassimpática foi calculado usando a variabilidade RR, a raiz quadrada da média dos quadrados das diferenças de intervalos RR (RMSSD) e o desvio padrão dos pontos RR perpendiculares à linha de identidade (SD1). O índice de atividade simpática foi calculado usando a média da frequência cardíaca (FCM), o índice de Baevsky (SI) e o desvio padrão dos pontos RR ao longo da linha de identidade (SD2). O índice de atividade parassimpática foi calculado usando a variabilidade RR, a raiz quadrada da média dos quadrados das diferenças de intervalos RR (RMSSD) e o desvio padrão dos pontos RR perpendiculares à linha de identidade (SD1). O índice de atividade simpática foi calculado usando a média da frequência cardíaca (FCM), o índice de Baevsky (SI) e o desvio padrão dos pontos RR ao longo da linha de identidade (SD2). Análise estatística foi realizada usando o Teste t pareado ou Wilcoxon. Os valores foram expressos como média \pm desvio padrão para dados paramétricos, e mediana com intervalo interquartil para dados não paramétricos. Para comparação

entre os grupos foi utilizado o teste t não pareado. Os dados categóricos foram expressos como porcentagens e números absolutos. Para a análise dos dados, foram utilizados os programas GraphPad Prism versão 6 para software Windows (GraphPad Software, San Diego Califórnia EUA) e SPSS 24 (USA). A significância estatística adotada foi $\alpha < 0,05$. **Resultados:** Resultados Os principais resultados deste trabalho mostraram: 1) Redução da atividade parassimpática caracterizada pelo achado de valores negativos do índice de atividade do sistema nervoso parassimpático (SNP) estão 0,86 DP abaixo da média para a população normal da mesma faixa etária - calculada no software Kubios - no grupo DM < 10 anos e estão 1,27 DP abaixo da média para população normal no grupo DM > 10 anos. A comparação deste parâmetro entre os grupos DM < 10 anos versus DM > 10 anos não mostrou diferença estatística $p = 0,27$. 2) Aumento dos valores do índice de atividade nervosa simpática (SNS) em relação à média populacional para mesma faixa etária. No grupo DM < 10 anos, estão 1,64 DP acima da média para população normal e, no grupo DM > 10 anos, estão 2,86 DP acima da média para população normal. Todavia a comparação deste parâmetro entre os grupos DM < 10 anos versus DM > 10 anos não mostrou diferença estatística $p = 0,22$. Embora significantes, as alterações da atividade autonômica em pacientes com diabetes mellitus há menos de 10 anos e após esse período, não se correlacionaram com alterações hemodinâmicas, excetuando-se elevação significativa da PAD em vigília registrada durante monitorização ambulatorial da PA (MAPA).

Conclusões: Conclusões: Os resultados deste trabalho confirmam a presença de disfunção autonômica em pacientes com DM2 com história de diagnóstico há menos de 10 e mais de 10 anos, caracterizadas por redução da atividade do sistema nervoso parassimpático e aumento da atividade do sistema nervoso simpático. A severidade da disfunção do sistema nervoso parassimpático e simpático resulta do tempo de exposição à doença e descontrole glicêmico. A MAPA mostrou elevação significativa da PAD em vigília, que pode estar relacionado a aumento da ativação simpática constante.

A IMPORTÂNCIA DO ECODOPPLERCARDIOGRAMA NO DIAGNÓSTICO E CONDUÇÃO DA ENDOCARDIOMIOFIBROSE BIVENTRICULAR: UM RELATO DE CASO.

DE ANDRADE, P Y S (ALTIS MEDICINA DIAGNÓSTICA, VITÓRIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL), MOREIRA, M C D S (ALTIS MEDICINA DIAGNÓSTICA, VITÓRIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL), CARACAS, D R S (ALTIS MEDICINA DIAGNÓSTICA, VITÓRIA DA CONQUISTA, BA, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Endocardiomiopatia restritiva caracterizada pela deposição de tecido fibroso no endocárdio, em maior extensão no ápice e em grau variável na via de entrada, de um ou ambos os ventrículos, a via de saída quase sempre é preservada. Quando isoladas no ventrículo direito gera quadros de intensa sobrecarga volêmica e ascite. O objetivo deste trabalho é relatar caso de uma paciente com endocardiomiopatia biventricular. **Métodos:** As informações contidas no relato de caso foram obtidas através de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido.

Resultados: M.J.A, feminino, 60 anos, natural de Itabuna-Bahia, diabética e Hipertensa de difícil controle e, acompanhada pelo Programa de Saúde da Família. Há dois anos passou a apresentar dispnéia aos mínimos esforços (NYHA: IV), importante edema em Membros Inferiores, ortopedia e múltiplos episódios de síncope, quando então foi encaminhada para avaliação da cardiologia. Durante avaliação em Centro especializado em Insuficiência Cardíaca a paciente cursava lúcida, orientada em tempo e espaço, acianótica e anictérica, Aparelho Cardiovascular com Pressão Arterial de 150 x 80 mmHg, FC de 90 bpm, Bulhas Normofonéticas rítmicas em 2 tempos com sopro sistólico em foco mitral ++/4, extremidades aquecidas e perfundidas (Tempo de enchimento capilar < 4 segundos), edema em membros inferiores (+++/++++). Solicitado eletrocardiograma que evidenciou ritmo sinusal, sobrecarga de câmaras esquerdas associado a Bloqueio de Ramo Esquerdo. Radiografia de tórax com índice cardiorácico aumentado e apagamento de ângulos costofrênicos bilateralmente. No Holter de 24 horas foram encontradas extrasístoles ventriculares frequentes. Ecocardiograma apontando obliteração do ápice biventricular, função sistólica biventricular preservada, aumento importante biatrial, regurgitação mitral moderada a importante e disfunção diastólica grau III. Visando expansão da investigação cardiológica a paciente

foi submetida a Cinecoronariografia sem alterações significativas que justificasse o quadro clínico e a Ressonância Magnética Cardíaca que revelou aumento do realce tardio no endocárdio biventricular, com padrão de Endocardiomiopatia, corroborando com os achados ecocardiográficos. Diante do quadro foi realizada otimização farmacológica (Espironolactona 50mg, Furosemida 40mg, Hemifumarato de Bisoprolol 10mg, Besilato de Anlodipino 5 mg, Maleato de Enalapril 20 mg, Dapaglifozina 10 mg e Cloridrato de Metformina 850 mg) entretanto, observou-se inexpressiva resposta ecocardiográfica e manutenção da classe funcional IV, sendo então a paciente encaminhada ao serviço de cirurgia cardíaca e submetida ressecção cirúrgica da fibrose endocárdica, com melhora clínica, funcional e imagiológica significativa.

Conclusões: Este caso demonstra um quadro de manejo complexo de Endocardiomiopatia biventricular associada à insuficiência cardíaca de difícil controle medicamentoso e posterior conversão cirúrgica para ressecção da fibrose e plastia mitral. A fisiopatologia da Fibrose endocárdica detalha sua exclusividade a áreas específicas do coração e seu significado clínico depende da câmara acometida, do grau de fibrose e do comprometimento valvar. O ecocardiograma é um método não invasivo, de custo acessível e vem se transformando em uma ferramenta útil para o diagnóstico de diversas cardiopatias restritivas, dentre elas a endocardiomiopatia, por permitir observar a obliteração apical, com câmaras ventriculares relativamente pequenas e átrios dilatados, além de quantificar estenoses e refluxos associados. Em relação as funções o ecocardiograma aponta para uma função sistólica geralmente preservada e uma disfunção diastólica frequentemente presente. Sendo assim pode-se concluir que, o ecocardiograma e seus diversos recursos são úteis, confiáveis, de baixo custo operacional e de fácil acesso para o diagnóstico e tomada de decisão clínica em pacientes com quadro de endocardiomiopatia, independente do grau e da câmara comprometida.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DEVIDO DISFUNÇÃO DO SISTEMA NERVOUSO AUTÔNOMO COMO MANIFESTAÇÃO POTENCIALMENTE FATAL DA SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA POR CLOZAPINA - UM RELATO DE CASO

MARTINEZ, T P (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), TAHAN, G M (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), GOIATO, R G C (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), DE MARCO, P S (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O mecanismo de ação da maioria dos antipsicóticos caracteriza-se pelo bloqueio pós-sináptico dos receptores D2 em território cerebral. Uma afinidade menor pelos receptores D2 e maior pelos receptores serotoninérgicos, noradrenérgicos, histaminérgicos e colinérgicos, onde atuam como antagonistas, caracteriza um antipsicótico atípico. A clozapina, o protótipo desses agentes, teve sua ação descoberta ao melhorar os quadros de delírios e alucinações em pacientes que não respondiam a outros medicamentos antipsicóticos. No entanto, uma série de efeitos colaterais também podem ser observados com o uso da medicação, incluindo distonias, parkinsonismo e discinesia até eventos potencialmente fatais, como a síndrome neuroléptica maligna (SNM), que consiste em uma complicação idiossincrática associada à administração de agentes antipsicóticos ou suspensão abrupta dos mesmos e de outros fármacos por bloqueio dos receptores dopaminérgicos nos gânglios da base. Clinicamente, a SNM pode ser caracterizada por rigidez muscular acentuada, flutuações do nível de consciência, mudança no estado mental e disautonomia, incluindo hipertermia, taquicardia e hipertensão arterial ou labilidade pressórica. Alguns consensos sobre os critérios diagnósticos incluem a elevação da pressão arterial sistólica ou diastólica em 25% acima dos valores basais ou flutuação da pressão arterial com alteração diastólica ≥ 20 mmHg ou sistólica ≥ 25 mmHg. A disfunção autonômica é um componente importante da SNM e é causada pela elevação das catecolaminas. A hiperatividade do sistema nervoso simpático é responsável por muitas das características clínicas da SNM, sendo principal responsável pela hipertensão arterial sistêmica na apresentação da síndrome. A dependência entre a parte neuronal e adrenal do sistema nervoso simpático e os diferentes efeitos da epinefrina e norepinefrina nos receptores adrenérgicos contribuem para o curso imprevisível e às flutuações clínicas que caracterizam a síndrome. Considerando a importância correta do reconhecimento do quadro para tratamento do mesmo, o objetivo desse estudo é relatar um caso de hipertensão arterial sistêmica como manifestação potencialmente fatal síndrome neuroléptica maligna devido administração de antipsicótico atípico. **Métodos:** Trata-se de um relato de caso, observacional, de aspecto descritivo. As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário eletrônico e entrevista com o paciente e familiares. **Resultados:** Paciente de 41 anos, do sexo masculino, com diagnóstico de esquizofrenia desde os 21 anos, em uso de antipsicóticos desde então. Segundo familiares, cerca de 4 meses antes de sua admissão hospitalar, ele começou apresentar sinais de descompensação da doença psiquiátrica, sendo administrado ao paciente altas doses de clozapina na ocasião e encaminhado a um hospital psiquiátrico, onde fora reintroduzido todas suas medicações de uso contínuo, dentre elas clozapina e administrada uma ampola de Haldol Decanoato via intramuscular. Um dia após, iniciou quadro de febre, hipertensão, taquicardia, rigidez muscular. Os familiares então comunicaram a equipe médica que, na verdade, o paciente não estava fazendo uso regular de suas medicações em casa. A partir daí, foi aventada a hipótese de síndrome neuroleptica maligna (SNM) pela introdução de antipsicóticos de forma abrupta, sendo o paciente encaminhado para hospital de alta complexidade. No primeiro dia de sua admissão no serviço terciário, o paciente apresentou hipertensão arterial estágio 3, com níveis tensionais de 181x120 mmHg, FC de 120bpm e rigidez muscular. Realizado exames laboratoriais, tomografia de crânio, coleta de líquido cefalorraquidiano, sendo excluídas causas infecto-metabólicas que justificassem tais alterações, corroborando

a hipótese de SNM. O paciente foi tratado com benzodiazepínicos, hidratação endovenosa e encaminhado à leito de terapia intensiva para monitorização, inclusive com necessidade de vasodilatadores endovenosos para manejo pressórico, apresentando boa resposta. Durante sua internação, o mesmo fora acompanhado pela equipe de psiquiatria, que orientou reintrodução parcimoniosa de clozapina após estabilização do quadro orgânico, por ser uma droga considerada potencialmente segura e pela maior probabilidade de o quadro ter sido causado pelo haldol. Apesar disso, o paciente não tolerou a progressão das doses, voltando a apresentar aumento de níveis pressóricos, episódios de taquicardia e hipertermia, sendo optado por suspensão de todas as medicações potencialmente causadoras do quadro e introdução de beta-bloqueador para controle dos sintomas adrenérgicos. Com a suspensão dos antipsicóticos, o paciente voltou a apresentar bons níveis pressóricos, normalização da frequência cardíaca e normalização da temperatura, com remissão do quadro de disautonomia, porém ainda apresentando sintomas de descompensação psiquiátrica, sendo encaminhado para hospital psiquiátrico para tratamento da esquizofrenia considerando a introdução de terapias alternativas para o paciente, como a eletroconvulsoterapia. **Conclusões:** O manejo dos pacientes com SNM é baseado em terapia de suporte. Quando as manifestações são graves, é necessário monitoramento em unidade de terapia intensiva. Algumas complicações graves da SNM incluem arritmias cardíacas, desidratação, insuficiência renal aguda, distúrbios hidroeletrólíticos, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, entre outras. A remoção do agente causador é considerada o tratamento mais importante. Alguns medicamentos específicos podem ser usados, como agentes colinérgicos (bromocriptina e amantadina), bloqueador neuromuscular (dantrolene) e benzodiazepínicos. Várias medicações têm sido utilizadas para controle das disfunções autonômicas. Pacientes com pressão arterial acentuadamente elevada podem ter benefícios com algumas medicações. A clonidina, ao agir em receptores adrenérgicos alfa-2 no sistema nervoso central, atua na diminuição da pressão arterial, produz sedação e diminui a atividade motora espontânea, podendo ser eficaz nesse cenário. O presente estudo é de suma importância visto que a SNM é uma condição rara (0,01 à 0,02%) com elevada mortalidade quando não diagnosticada, pois para manejo adequado do quadro torna-se mandatório a suspensão do agente causador. Os antipsicóticos atípicos são considerados agentes potencialmente seguros, mas devem ser lembrados como etiologia do quadro, de forma mais rara. A mortalidade na síndrome está relacionada à disfunção do sistema nervoso autônomo, que pode gerar manifestações orgânicas graves, como a hipertensão arterial estágio 3 apresentada pelo paciente, cursando com risco aumentado de lesão de órgão alvo, podendo, em casos semelhantes, ser necessário uso de anti-hipertensivos endovenosos e manejo em leito de terapia intensiva. Referências: Souza RA, Silva MA, Coelho DM. Síndrome Neuroleptica Maligna. Revista Brasileira de Clínica Médica. 2012;10(5):440-44 Campos Júnior, R., Colombari, E., Cravo, S., & Lopes, O. U. (2001). Hipertensão arterial: o que tem a dizer o sistema nervoso. Revista Brasileira de Hipertensão, 8(1), 41-54 Moscovich M, Nóvak F, Fernandes A. Neuroleptic Malignant Syndrome. Archive of Neuropsychiatry. 2011;69(5):751-755 Gurrera RJ, Chang SS, Romero JA. A comparison of diagnostic criteria for neuroleptic malignant syndrome. J Clin Psychiatry. 1992 Feb;53(2):56-62. PMID: 1347292 Kaplan H, Sadock B. Síndrome Neuroleptica Maligna. 6th ed. Tratado de psiquiatria: Artmed; 1999. 2 vol.

REMISSÃO DE ÚLCERA DE MARTORELL A PARTIR DE INTERVENÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE MEDICINA DO ESTILO DE VIDA EM PORTADOR DE HIPERTENSÃO REFRACTÁRIA.

NASCIMENTO, K M (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), LAURINAVINIUS, A G (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SOUZA, J B (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), COLOMBRO, F C (INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SOUZA, M G (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Em 1945 Martorell descreveu uma série de casos de úlceras supramaleolares dolorosas secundárias a arteriosclerose subcutânea em hipertensos mal controlados. Estas úlceras hipertensivas (UH) acometem predominantemente a região laterodorsal do tornozelo, na ausência de doença arterial oclusiva periférica (DAOP), insuficiência venosa crônica ou outras vasculites. Afetam mais comumente mulheres entre 50 e 60 anos, são intensamente dolorosas e estão associadas a hipertensão arterial (HA) mal controlada. **Métodos:** Relatamos o caso de um paciente de sexo masculino, 56 anos, negro, portador de obesidade grau 2 (peso 115 kg; IMC 37), acompanhado por HA primária refratária, que evoluiu com úlcera maleolar laterodorsal direita crônica e intensamente dolorosa. Apesar da prescrição de 7 classes de anti-hipertensivos (olmesartana, clortalidona, anlodipino, espironolactona, atenolol, hidralazina e clonidina), retornou com Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) fora da meta (média: 146/88mmHg). Na ausência de diabetes, DAOP, insuficiência venosa e outras formas de vasculites, a úlcera foi caracterizada como hipertensiva. O paciente foi então submetido a intervenção comportamental multidimensional como parte de protocolo institucional de medicina do estilo de vida (MEV). O protocolo incluiu telemonitoramento da pressão arterial e da tomada da medicação, além da orientação alimentar e da promoção de atividade física e equilíbrio emocional assistidos via aplicativo gratuito. **Resultados:** Após duas semanas, obteve-se controle da pressão arterial. Após 6 meses, o paciente apresentou

perda de peso de 10 quilos e redução progressiva dos anti-hipertensivos (suspensas hidralazina e clonidina). Curso com cicatrização completa da UH. Retornou às atividades físicas, manteve adesão ao tratamento e não apresentou recidiva da UH até o momento.

Conclusões: A UH de Martorell é uma condição infrequente e não universalmente reconhecida como entidade clínica independente, não sendo mencionada nos principais textos de referência em HA. No entanto, as características clínicas e histopatológicas dos casos reportados na literatura parecem justificar o diagnóstico, que mais frequentemente é definido por dermatologistas e cirurgiões vasculares. O controle da HA é considerado fundamental para a remissão da úlcera, mas enfrenta o desafio da adesão do paciente ao tratamento. Este é o primeiro relato na literatura a reportar remissão da UH mediante intervenções não farmacológicas fundamentadas na MEV. Independentemente da etiologia, a MEV tem o potencial de atingir a causa primária e de ser benéfica para praticamente todas as formas de úlceras de membros inferiores. Intervenções de MEV deveriam integrar sistematicamente a abordagem terapêutica destes pacientes.

A PRÁTICA RELIGIOSA COMO FATOR ADJUVANTE NA REDUÇÃO DA VOP

CESTÁRIO, E D E S (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), CASTELÃO, M E (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), NUNES, T C C (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), DEBORTOLLI, V B (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), TELINI, W M (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A rigidez arterial é um dos preditores de risco para eventos cardiovasculares maiores (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) e um dos principais determinantes para a elevação da pressão central e da pressão de pulso, o que tem sido associado a uma maior morbi-mortalidade nos pacientes hipertensos, diabéticos, nefropatas crônicos e idosos. Maselko e col. publicaram em 2007 um estudo onde comparam a frequência religiosa com a medida de AL (“allostatic load”) (conceituada como uma medida da desregulação de múltiplos sistemas fisiológicos). Nesse estudo, a frequência, pelo menos semanal, a um culto religioso se associou positivamente com níveis mais baixos de AL em mulheres, mas não em homens. Esse resultado aventou a hipótese de que frequentar um templo religioso poderia modificar mecanismos de desregulação de sistemas fisiológicos, como no caso da pressão arterial, influenciando nos desfechos clínicos. Desenvolvemos, então, um estudo observacional sobre a influencia da prática religiosa nesse importante marcador de rigidez arterial. **Métodos:** Foram analisados 33 pacientes atendidos na clínica cardiológica, sendo

15 homens e 19 mulheres, atendidos para avaliação de tratamento de hipertensão arterial. Durante a consulta o paciente respondia à seguinte pergunta: O Sr(a) tem alguma atividade religiosa regular, pelo menos 1 x/semana? Em seguida era realizado o procedimento de aferição da pressão central e VOP utilizando o aparelho ARTERIS da Córdios, que usa 3 medidas da pressão periférica para realizar os cálculos, através de logaritmos próprios. Para análise estatística utilizamos o coeficiente de correlação pelo programa MedCalc® statistical software. **Resultados:** No nosso estudo encontramos diferença estatisticamente significativa na VOP entre os frequentadores de um culto religioso em relação aos que não frequentavam, independente de sexo ou idade. ($P < 0.0001$) e diferença na PSC (pressão sistólica central) com um $P = 0,05$, porém menos significativa.

Conclusões: Embora nosso n seja pequeno, o que é uma limitação do estudo, podemos verificar uma boa correlação entre a frequência a um culto religioso e uma redução nos marcadores de rigidez arterial. Futuros estudos com n maior, devem responder em definitivo essa pergunta.

EPLERENONA, A TROCA QUE VALE O CUSTO? UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA COMPARATIVA DO NOVO ANTAGONISTA DA ALDOSTERONA E DA ESPIRONOLACTONA NA POPULAÇÃO MASCULINA

RADEL NETO, G R (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM), SÃO PAULO, SP, BRASIL), MORAIS, L B DE (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM), SÃO PAULO, SP, BRASIL), CARVALHO, L T DE (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM), SÃO PAULO, SP, BRASIL), RADEL, I R (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP (HCFMUSP), SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O antagonismo dos receptores de mineralocorticoides (MRAs) é uma possível via terapêutica por intermédio de medicamentos como a espironolactona e a eplerenona. No entanto, a eficácia e efeitos colaterais variam entre ambos, ressaltando a importância de uma estratégia de prescrição individualizada. Essa pauta se torna ainda mais evidente com a introdução da eplerenona (Inspra®) em 2022 no território brasileiro. A presente pesquisa concentrou-se numa revisão comparativa tanto do efeito anti-hipertensivo quanto do perfil de efeitos adversos (EAs) de ambos medicamentos para buscar um equilíbrio entre um tratamento otimizado e o bem-estar do(s) paciente(s). **Métodos:** Foram incluídos apenas estudos com pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) em uso de MRAs. As comparações se referiam a espironolactona vs. eplerenona e ambos medicamentos vs. placebo no tratamento da HAS, com um acompanhamento mínimo ≥ 30 dias, levando em conta o perfil de EAs de cada fármaco. Os bancos de dados utilizados foram o PubMed e The Cochrane Library, usando (eplerenone OR “mineralocorticoid receptor antagonist”) AND (spironolactone OR eplerenone) AND (safety OR “side-effects”) como estratégia de busca. Dos 518 resultados individuais, apenas três ECRs e uma revisão sistemática (todos em inglês) foram contemplados. O autor principal realizou o screening inicial dos títulos e resumos, enquanto as avaliações de textos completos empregaram o Rayyan SRS

e foram executadas por todos os revisores de forma independente. Discrepâncias foram resolvidas de forma colaborativa. **Resultados:** (1) Eficácia: A eplerenona produziu reduções substanciais na pressão arterial sistólica e diastólica (PAS = $-9,35 \pm 3,05$ mmHg, PAD = $-6,4 \pm 0,95$ mmHg, $p < 0,001$ contra placebo), mas a espironolactona demonstrou ser mais potente no que diz respeito à propriedade anti-hipertensiva (PAS = $-27 \pm 2,3$ mmHg, PAD = $-12,5 \pm 1,3$ mmHg, $p < 0,001$ contra placebo) quando comparada ao mais recente medicamento. (2) Tolerabilidade: A eplerenona mostrou-se muito bem tolerada e segura nas dosagens testadas, apresentando um perfil de EAs favorável em relação às disfunções do sistema endócrino masculino quando comparada à espironolactona (37% vs. 63%, respectivamente), como o desenvolvimento e/ou piora da ginecomastia (4,5% vs. 21,2%, $p = 0,033$) e distúrbios de ereção.

Conclusões: Os resultados destacam uma interseção importante na tomada de decisão sobre o tratamento da HAS com MRAs. A espironolactona, embora mais eficaz na redução da pressão arterial, apresenta um desafio devido aos seus potenciais EAs antiandrogênicos. Por outro lado, a eplerenona, apesar de possuir menor ação anti-hipertensiva, é melhor tolerada, com um perfil de EAs consideravelmente mais promissor na população descrita. Assim, preconiza-se uma abordagem individualizada na prescrição desses agentes por meio da apreciação de suas diferentes propriedades.

PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO PRIMÁRIA NO TERRITÓRIO BRASILEIRO: UM ESTUDO TRANSVERSAL DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

DE SOUSA, R M N (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO, MOSSORÓ, RN, BRASIL), DE JESUS, L O (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO, MOSSORÓ, RN, BRASIL), FARIAS, A G (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO, MOSSORÓ, RN, BRASIL), NOVAES, P B (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO, MOSSORÓ, RN, BRASIL), DE MEDEIROS, P D P (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, FORTALEZA, CE, BRASIL), LINS, R H P (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO, MOSSORÓ, RN, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica que se caracteriza por níveis pressóricos elevados e sustentados, diagnosticada quando a pressão arterial sistólica (PAS) é maior ou igual do que 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica é maior ou igual do que 90 mmHg, aferidas em duas ou mais consultas, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Possui etiologia primária ou secundária, em que aquela correlaciona-se com forte componente genético associado a outros fatores de risco, como sobrepeso, obesidade e hábitos de vida, sem ter mecanismo totalmente elucidado. É responsável por grande parte das mortes, hospitalizações e atendimentos no Brasil, devido a sua correlação com mortes por causas cardíacas, cerebrovasculares e lesões nos órgãos-alvo. Este estudo transversal busca analisar todas as internações decorrentes de Hipertensão Primária nos últimos 5 anos da Unidade Federativa. **Métodos:** Realizou-se utilizando dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do DATASUS. Foram incluídas todas as internações hospitalares por Hipertensão Primária entre o período de junho de 2018 a junho de 2023.

Resultados: No intervalo em foco, houve 218.534 internações em todo o território brasileiro, com destaque para a região nordeste, sudeste e norte, representando, respectivamente, 38%, 32% e 12%. Foi identificado um predomínio em cerca de 45% na população parda e 25% na branca, sendo que 46.364 do total não se tinha informação relativa à cor/raça. Identificou-se 75% na faixa etária entre 50 a 80 anos e mais, tendo 23% associação com

idades entre 60 a 69 anos e pouca importância nos primeiros 14 anos de vida. Ocorreu prevalência estimada de cerca de 57% no sexo feminino, com aumento no número de casos com o envelhecimento dos indivíduos. Quase na totalidade, ou aproximadamente 95%, o caráter de atendimento foi de urgência, com gasto totalizando em cerca de 88 milhões nesse período.

Conclusões: Esta doença, de modo direto ou indireto, reduz a qualidade de vida relacionada à saúde e a expectativa de vida dos indivíduos, devido a sua associação com alterações metabólicas e funcionais e estruturais de órgão-alvo, apesar de permanecer majoritariamente assintomática. Predomina no sexo feminino em todas as faixas etárias no território nacional, com aumento no número de casos sobretudo a partir dos 50 anos, o que pode corresponder à pós-menopausa e a ausência do efeito protetor do estrogênio, alterando vasoatividade arterial. Esse fato pode interferir na comparatividade com alguns estudos que atribuem menor taxa de internação para as mulheres no geral, pelo fato delas apresentarem melhor controle da pressão e maior cuidado com a saúde. A maior prevalência em adultos-idosos provavelmente correlaciona-se com os efeitos da HAS e as suas alterações irreversíveis no organismo, o que é manifesto a partir de várias patologias. Além disso, é visto que essa condição gera altos custos médicos-financeiros, o que sobrecarrega o sistema público de saúde, indicando a necessidade de difusão de orientações não-farmacológicas e farmacológicas e fornecimento de plano de tratamento individualizado, a fim de melhor controle pressórico.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL ATIVA, CONTROLE GLICÊMICO E DESFECHOS CARDIOVASCULARES EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSÃO ARTERIAL.

MINARI, T P (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), FAQUIANO, C F M (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), YUGAR, L B T (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), SEDENHO-PRADO, L G (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), TACITO, L H B (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), INOCENCIO, L (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), PIRES, A C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), MORENO JR., H (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), VILELA-MARTIN, J F (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), YUGAR-TOLEDO, J C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Introdução: Intervenções nutricionais são importantes ferramentas de tratamento para pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), principalmente quando associadas à sobrepeso ou obesidade. Redução progressiva de peso por meio de mudanças do estilo de vida e reeducação alimentar é recomendada para pacientes com DM2 e HAS. Diversas orientações podem ser aplicadas, entretanto, acompanhamento multidisciplinar e vigilância constante são imprescindíveis para o sucesso terapêutico. Neste estudo, um protocolo de acompanhamento programado por um período de 12 meses com retornos mensais inicialmente, e a seguir trimestrais, foi aplicado a 76 participantes com DM2 e HAS. **Objetivos:** Avaliar os efeitos da intervenção nutricional ativa, multidisciplinar planejada sobre os parâmetros antropométricos (Peso, IMC e Circunferência da Cintura), bioquímicos (Glicemia de jejum, Hemoglobina Glicada, Colesterol Total, LDL Colesterol, HDL Colesterol e Triglicérides) e Pressão Arterial. **Métodos:** Metodologia: 76 participantes com DM2 e HAS, foram distribuídos em 2 grupos: 1 - Grupo intervenção – composto por 42 participantes (de ambos os sexos, entre 35 e 80 anos) que receberam atendimento médico e nutricional por 12 meses (consultas de 3 em 3 meses); 2 - Grupo controle – composto por 34 participantes com DM 2 e HAS (de ambos os sexos, entre 35 e 80 anos) que receberam apenas atendimento médico por 12 meses (consultas de 3 em 3 meses). As consultas foram realizadas no período de maio de 2020 a junho de 2022, atendendo os critérios de distanciamento social estabelecidos pelo Ministério da Saúde na pandemia do COVID-19. Os atendimentos nutricionais foram constituídos por avaliação nutricional (antropométrica, bioquímica, clínica e dietética), educação alimentar, entrega do plano alimentar individualizado e aplicações dos Protocolos (1 - Anamnese Nutricional; 2 - Avaliação Antropométrica, Bioquímica e Clínica; 3 - Recordatório Habitual Alimentar; 4 - Protocolo sociodemográfico). Todos os participantes foram avaliados nos períodos basais. 3 meses, 6 meses, 9 meses

e 12 meses. Análise estatística foi realizada usando o Teste t pareado ou Wilcoxon. Os valores foram expressos como média \pm desvio padrão para dados paramétricos, e mediana com intervalo interquartil para dados não paramétricos. Para comparação entre os grupos foi utilizado o teste t não pareado. Os dados categóricos foram expressos como porcentagens e números absolutos. Para a análise dos dados, foram utilizados os programas GraphPad Prism versão 6 para software Windows (GraphPad Software, San Diego Califórnia EUA) e SPSS 24 (USA). A significância estatística adotada foi $\alpha < 0,05$. **Resultados:** Resultados Foram observadas diferenças significantes entre o período basal e 12 meses no grupo intervenção para os parâmetros: peso ($p=0,028$), Índice de massa corporal (IMC) ($p=0,007$), circunferência abdominal ($p < 0,0001$), pressão arterial sistólica (PAS) ($p < 0,0001$) pressão arterial diastólica (PAD) ($p=0,0232$, glicemia de jejum. ($p=0,033$), hemoglobina glicada ($p=0,282$) e LDL colesterol ($p=0,0006$) após 12 meses de intervenção, exceto para valores de colesterol total ($p=0,622$), HDL colesterol ($p=0,111$) e triglicérides ($p=0,115$). Em contrapartida, no grupo controle foi observado elevação da hemoglobina glicada ($p=0,038$) e LDL colesterol ($p < 0,0001$). Com relação aos outros parâmetros não houve diferença significativa para colesterol total, triglicérides, glicemia e valores de PAS e PAD nos períodos basal e após 12 meses de observação. Todavia, a comparação do grupo controle versus intervenção mostra diferença significativa para os parâmetros metabólicos e pressóricos ($p < 0,05\%$).

Conclusões: Conclusões. A intervenção nutricional ativa e planejada reduz parâmetros antropométricos, bioquímicos, cardiovasculares em pacientes com DM 2 e HAS. Em contrapartida no grupo controle, houve piora desses parâmetros inclusive elevação da PAS e PAD. Todavia, a extensão do período de avaliação é necessária para análise completa do impacto da intervenção nutricional em desfechos cardiovasculares e na qualidade de vida dos pacientes com DM2 e HAS

EFEITOS DA SUPLEMENTAÇÃO COM NITRATO DE SÓDIO SOBRE A BIODISPONIBILIDADE DE ÓXIDO NÍTRICO, ESTRESSE OXIDATIVO, FUNÇÃO ENDOTELIAL E HEMODINÂMICA VASCULAR EM PACIENTES HIPERTENSOS

FAQUIANO, C F M (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), YUGAR, L B T (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), SEDENHO-PRADO, L G (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), MINARI, T P (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), TACITO, L H B (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), INOCENCIO, L (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), MARTIN, L N C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), VILELA-MARTIN, J F (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), MORENO JR., H (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), YUGAR-TOLEDO, J C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: INTRODUÇÃO Em condições basais, o endotélio modula o estado de vasoconstrição denominado tônus vascular, o qual participa da fisiopatologia da hipertensão arterial. A biodisponibilidade do óxido nítrico (NO) regula a função vasomotora e constitui o principal marcador da função endotelial. As espécies reativas de oxigênio (EROs) reduzem a biodisponibilidade de NO e a incapacidade do organismo de lidar com essas moléculas ocasiona o evento denominado estresse oxidativo (EO). Esse desequilíbrio entre o sistema oxidante e antioxidante promove disfunção endotelial e lesão celular. Para combater esse desequilíbrio o organismo conta com um sistema de defesa antioxidante enzimático e não enzimático. O mesmo sistema permite a inibição da degradação do NO, aumentando a biodisponibilidade de NO, restaurando a função endotelial e auxiliando na homeostase do organismo como um todo. Além disso, nitrito (NO₂) pode ser produzido endogenamente a partir da ação da enzima catalítica Óxido Nítrico Sintase (NOS) inorgânica encontrada majoritariamente em vegetais, sendo suas fontes principais espinafre, alface, rabanete e a beterraba. O consumo desses alimentos aumenta o aporte do ânion NO₃- (nitrito), o qual é absorvido em 25% pelas bactérias anaeróbicas que o convertem em NO₂- e, ao ser deglutido, entra em contato com os ácidos presentes no estômago e por ação da NOS, é convertido em NO. O presente trabalho teve como objetivo (1) investigar o possível aumento da biodisponibilidade de NO mediante administração do extrato de beterraba em pacientes hipertensos; (2) avaliar as alterações da hemodinâmica vascular; (3) testar a vasodilatação dependente do endotélio (vasodilatação fluxo mediada da artéria braquial) e da rigidez arterial (velocidade da onda pulso); e (4) verificar a ativação do sistema de defesa antioxidante enzimático, quantificando dosagens séricas de NO, Catalase (CAT), Superóxido dismutase (SOD), glutatona peroxidase (GPx) e parâmetros bioquímicos **Métodos:** CASUÍSTICA E MÉTODOS Foram selecionados 15 participantes, de ambos os sexos, comprovadamente hipertensos e acompanhados no ambulatório de Hipertensão Resistente da FAMERP. Como critério de seleção, os candidatos deveriam ter idade entre 18 e 75 anos, peso corporal entre 60-80 kg e serem hipertensos em tratamento otimizado. Foram disponibilizados 15 pacotes individuais do extrato da beterraba, contendo 400 mg de nitrato de sódio cada. Os participantes foram orientados sobre a ingestão do suplemento, a qual deveria ser feita diariamente no mesmo horário. Após um período de 10 dias consecutivos,

os participantes retornavam para realizar as dosagens séricas e provas hemodinâmicas. Todas as dosagens séricas bioquímicas foram feitas através do método de química seca na plataforma do analisador VITROS 5.600 da Ortho Clinical Diagnostics. A quantificação das enzimas antioxidantes foi realizada através de metodologia enzimática na plataforma do analisador COBAS 8.000 da Roche. Análise estatística foi realizada usando o Teste t pareado ou Wilcoxon. Os valores foram expressos como média \pm desvio padrão para dados paramétricos, e mediana com intervalo interquartil para dados não paramétricos. Os dados categóricos foram expressos como porcentagens e números absolutos. Para a análise dos dados, foram utilizados os programas GraphPad Prism versão 6 para software Windows (GraphPad Software, San Diego Califórnia EUA), e SPSS 24 (USA). A significância estatística adotada foi $\alpha < 0,05$. **Resultados:** RESULTADOS A suplementação com 400 mg nitrato de sódio contido no extrato de beterraba administrado a pacientes hipertensos em tratamento otimizado, promoveu elevação da concentração plasmática de NO ($50,89 \pm 8,74$ $\mu\text{mol/L}$ versus $116,6 \pm 17,08$ $\mu\text{mol/L}$ no período pós-intervenção [$p = 0,0057$]) e da GPx ($5874 \pm 620,6$ U/L versus $6762 \pm 404,9$ U/L pós-intervenção [$p = 0,0159$]). As concentrações da SOD e da CAT não mostraram diferença significativa entre os períodos pré e pós-intervenção ($5,943 \pm 0,386$ versus $6,100 \pm 0,717$ U/mgHb e $178,1 \pm 12,87$ versus $180,7 \pm 14,46$ U/mgHb, respectivamente). Houve significativa melhora da função endotelial avaliada pela técnica da vasodilatação fluxo mediada pré-intervenção $6,42 \pm 4,52$ % versus $11,2 \pm 5,01$ pós-intervenção, [$p = 0,0001$]). Os valores da PAS e PAD evidenciaram redução significativa pós-intervenção, PAS $122,9 \pm 13,04$ mmHg versus $112,7 \pm 15,96$ mmHg ($p = 0,0091$) e $78,20 \pm 11,96$ mmHg versus $77,12 \pm 11,13$ mmHg ($p = 0,0117$), respectivamente. A pressão sistólica central (PASC) mostrou significativa redução pós-intervenção; PASC $114,04 \pm 12,28$ mmHg versus $104,4 \pm 12,93$ mmHg ($p = 0,0050$). Concomitantemente, a velocidade da onda de pulso evidenciou redução significativa pós-intervenção $8,81 \pm 0,94$ versus $8,53 \pm 0,99$ ($p = 0,0091$). **Conclusões:** CONCLUSÕES A suplementação com nitrato de sódio em pacientes hipertensos, aumenta a biodisponibilidade do NO, eleva a concentração do antioxidante glutatona peroxidase (GPx) restaura a disfunção endotelial avaliada pela vasodilatação fluxo mediada, promove redução da pressão arterial sistólica, diastólica, pressão sistólica central e melhora a rigidez arterial avaliada pela velocidade da onda de pulso.

56

COMBATE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO: AÇÃO EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO DE RONDÔNIA

INFANTE, M V (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS PORTO VELHO, PORTO VELHO, RO, BRASIL), GONZALES, T S (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS PORTO VELHO, PORTO VELHO, RO, BRASIL), DA SILVA, G F (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS PORTO VELHO, PORTO VELHO, RO, BRASIL), BARROZO, A G (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS PORTO VELHO, PORTO VELHO, RO, BRASIL), RONDON, M M (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS PORTO VELHO, PORTO VELHO, RO, BRASIL), PARDI, I M P (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS PORTO VELHO, PORTO VELHO, RO, BRASIL), SALAME, M (CLÍNICA JIPAMED, JI-PARANÁ, RO, BRASIL), DA MOTA, J G (ANGA MEDICINA DIAGNÓSTICA, CACOAL, RO, BRASIL), GEMELLI, J R (CLÍNICA GEMELLI, PORTO VELHO, RO, BRASIL), FERREIRA, M R (INSTITUTO DO CORAÇÃO DE RONDÔNIA, PORTO VELHO, RO, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) consiste na persistência de valores maiores ou iguais a 140mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou 90mmHg de pressão arterial diastólica (PAD) em aferições recorrentes. Pode, ainda, confirmar-se em única aferição, desde que com valor maior ou igual a 180mmHg/PAS e/ou 110mmHg/PAD. Geralmente assintomática, é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tendo em vista lesionar órgãos-alvo a longo prazo. Durante o triênio 2019-2021, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS registrou 1.160 óbitos no estado de Rondônia causados por doenças hipertensivas. Globalmente, a OMS estima 600 milhões de pessoas com HAS, prevendo aumento de 60% até 2025. Nesse cenário, ganham importância as ações de educação em saúde, tidas como atividades de capacitação da população para o controle de fatores determinantes e comportamentos de saúde. Para tal fim, promoveu-se ação educativa alusiva ao Dia Mundial da Hipertensão, 26 de abril, para orientar a população do estado de Rondônia sobre o combate e prevenção da HAS. **Métodos:** Pesquisa descritiva com dados coletados por método de conveniência em 30/04/2023, durante ação realizada em shoppings de três cidades de Rondônia: Porto Velho, Ji-Paraná e Cacoal. Informações sobre o estilo de vida e hábitos de saúde foram coletadas em questionário objetivo. Aferiu-se a pressão arterial (PA) dos entrevistados por técnica oscilométrica, com o auxílio de monitores semiautomáticos digitais validados pela ANVISA e INMETRO. Para sensibilizar a população rondoniense sobre o assunto, distribuiu-se material impresso informativo no local da coleta dos dados, bem como cardiologistas e estudantes de medicina que participaram presencialmente ofereceram orientações e esclareceram dúvidas sobre a doença. Ademais, médicos voluntários participaram de telejornais com expressivo alcance regional. **Resultados:** Amostra de 463 pessoas, de 6 a 88 anos, 57% mulheres e 43% homens. Sobre estilo de vida, 53% alegaram prática de atividade física ao menos uma vez na semana, enquanto 42% não praticam. Sobre tabagismo, 7% fumam, 13% são ex-fumantes e 80% alegaram nunca terem fumado. 121 pessoas (26% dos entrevistados) apresentaram PA elevada, isto é, aferição com valor maior ou igual a 140mmHg/PAS e/ou 90mmHg/PAD, sendo 8 destes com valor maior ou igual a 180mmHg/PAS e/ou 110mmHg/PAD. Ocorre que, dentre os 73 entrevistados que afirmaram fazer uso de algum medicamento anti hipertensivo, 31 pessoas (42%) estavam com a PA elevada. Além disso, 90 entrevistados estavam com a PA elevada e, ao responderem o questionário, não confirmaram fazer uso de qualquer tratamento medicamentoso.

IDADE	PORTO VELHO	JI-PARANÁ	CACOAL	TOTAL
Menor de 18 anos	23	6	1	30
18 a 29 anos	88	39	10	137
30 a 49 anos	114	36	19	169
50 a 69 anos	69	17	27	113

70 anos ou mais	10	3	0	13
Não informaram	1	-	-	1
TOTAL	305	101	57	463

CONDIÇÕES DE RISCO / ESTILO DE VIDA

Atividade física semanal				
Não praticam	143	51	30	224
Uma vez ou mais	162	50	27	239
Tabagismo				
Fumam	19	11	3	33
Ex-fumantes	47	7	5	59
Nunca fumaram	238	83	49	370
Não informaram	1	-	-	1
Medicamentos anti hipertensivos				
Fazem uso	43	14	16	73
Não fazem uso	219	66	36	321
Não informaram	43	21	5	69
Média anual de consultas médicas				
Menos de uma vez ao ano	47	12	21	80
Uma vez ao ano	25	9	9	43
Dois vezes ao ano	15	4	2	21
Mais de duas vezes ao ano	12	4	6	22
Não informaram	206	72	19	297
Pressão arterial (PA)				
PA elevada (1)	75	19	27	121
PA normal (2)	230	82	30	342

Legenda (1) ≥ 140mmHg (PAS) ou ≥ 90mmHg (PAD) (2) < 140x90mmHg
Conclusões: Todos os entrevistados que tiveram valores elevados de PA foram orientados a buscar acompanhamento médico, principalmente devido ao fato de que, para a maioria, o diagnóstico só se confirmaria com alterações persistentes da pressão arterial. Na ocasião, um número relevante de pessoas que afirmaram fazer uso de anti hipertensivos apresentaram PA elevada, de modo que o tratamento revelou-se ineficaz, ainda que a investigação dos motivos da ineficácia não tenha sido escopo da ação. Os dados coletados demonstraram, ainda, baixo índice de consultas médicas anuais por parte dos entrevistados. A HAS tem alta prevalência, é de fácil diagnóstico e possui tratamento adequado, embora o controle seja difícil pela baixa adesão. Destaca-se a importância, além do diagnóstico preciso, de que o acompanhamento médico seja regular, possibilitando ao profissional conduzir o melhor manejo terapêutico, inclusive com rastreamento e prevenção naqueles casos em que os pacientes não apresentem a patologia. Por fim, quanto à sensibilização da população de Rondônia acerca da hipertensão arterial, a ação concretizou-se de maneira pontual e relevante, fazendo alusão ao Dia Mundial da Hipertensão, distribuindo material informativo, concedendo entrevistas em jornais televisivos locais, esclarecendo dúvidas da população com a participação de cardiologistas e estudantes de medicina nos locais de coleta de dados, orientando a população sobre o combate e prevenção da HAS, ressaltando a importância do estilo de vida e hábitos saudáveis como forma de prevenção primária em saúde.

HIPERTENSÃO SISTÓLICA ISOLADA DO JOVEM: RELATO DE CASO

DO VALE, D C G (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), MACHADO, G R (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), PRIZÃO, V M (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), SOUZA, I A (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), OKAWA, J L B (AVANCOR CARDIOLOGIA, MARINGÁ, PR, BRASIL), OKAWA, R T P (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A Hipertensão Sistólica Isolada (HSI) é definida pela maioria dos estudos como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica menor que 90mmHg. Em indivíduos jovens, presume-se que a patogênese da HSI está relacionada a circulação hipercinética, transição hemodinâmica, desregulação do sistema nervoso autônomo, enrijecimento da parede arterial ou até mesmo da forma de aferição da pressão arterial. O termo Espúria ou Pseudo Hipertensão é usualmente aplicado para a população que apresenta pressão arterial braquial elevada, enquanto a pressão pressão aórtica central é normal. Inicialmente descrita no estudo de O'Rourke et al., onde os pesquisadores demonstram que nesses pacientes, a pressão sistólica na aorta era normal, mas a amplificação da pressão central para periférica era aumentada. Ainda existe na literatura muita controvérsia sobre a significância clínica e prognóstica do aumento da pressão arterial sistólica isoladamente detectado nas primeiras décadas de vida, sendo que o manejo de indivíduos jovens com HSI implicam em um grande desafio na terapêutica. Esse estudo tem como objetivo apresentar um caso clínico de hipertensão sistólica isolada do jovem, sua avaliação clínica e diagnóstica, e sua evolução após 10 anos de acompanhamento. **Métodos:** Trata-se de um relato de caso, de um jovem, masculino, 20 anos, que foi avaliado clinicamente, e realizado MAPA de 24 horas, avaliação da pressão central isolada e de 24 horas, medida da velocidade de onda de pulso, eletrocardiograma, ecocardiograma bidimensional e tridimensional, e exames laboratoriais. Para diagnóstico da pressão arterial periférica e central, e aferição da velocidade de onda de pulso, de forma não invasiva, foi utilizado o método de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), com aparelho Mobil-O-Graph, validado para uso clínico na população geral. A MAPA com o equipamento Mobil-O-Graph, consiste em um método oscilométrico com manguito aplicado no braço, que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial periférica e central durante 24 horas, ou mais, enquanto o indivíduo pratica suas atividades habituais na vigília e durante o sono. Estes exames foram repetidos após 1 ano, 5 anos e 10 anos após a avaliação inicial. **Resultados:** Paciente masculino, 20 anos, branco, estudante de Medicina, natural e procedente de Maringá. Compareceu a consulta com o Cardiologista com queixa principal de elevação da pressão arterial. Negou outros sintomas. Não fazia uso de medicações contínuas, negava tabagismo e etilismo. Praticante de atividade física regular (mínimo 30 minutos de atividade física intensa diariamente). Ao exame físico apresentou altura de 1,78 metros (m), peso de 74 quilogramas (Kg), com Índice de Massa Corporal (IMC) de 23,4 Kg/m². Realizado duas aferições da pressão arterial, com intervalo de um minuto entre

as duas, respeitando as recomendações da Diretriz Brasileira de Hipertensão 2020 para medição, com diagnóstico de Hipertensão Sistólica Isolada (média de pressão arterial sistólica de 148 mmHg e pressão arterial diastólica de 74mmHg). Posteriormente, no seguimento clínico foi realizado MAPA de 24 horas, que evidenciou critérios para hipertensão quando analisadas as cargas pressóricas sistólicas elevadas nos períodos, total, vigília e sono, e cargas diastólicas normais nesses períodos, com média de 144 por 72 mmHg. Para melhor elucidação diagnóstica e proposta terapêutica foi realizado, com o aparelho Mobil-O-Graph, medidas isoladas da Pressão Arterial Central e Velocidade de Onda de Pulso, cujo os valores foram respectivamente 110 por 73 mmHg e 5,2m/s, ou seja, valores dentro dos limites normais de referência na classificação de Hipertensão Arterial e de acordo com a idade do paciente. As médias da pressão arterial sistólica e diastólica centrais de 24 horas, realizadas com o aparelho Mobil-O-Graph, foram respectivamente de 114mmHg e 76 mmHg, apresentaram-se dentro do limite de normalidade. Ecocardiograma bidimensional e tridimensional sem alterações, e exames laboratoriais normais. Diante dos resultados, trata-se de um caso de espúria hipertensiva do jovem, sem a necessidade de tratamento farmacológico portanto, e orientamos o acompanhamento deste paciente. Retorno 1 ano após, sendo realizado MAPA central de 24 horas: MAPA 24 horas-medidas periféricas- média: 148/74 mmHg; MAPA central 24 h - média: 112/73 mmHg, VOP: 5,1 m/s. Demais exames normais. Orientações sobre medidas de estilo de vida, sem medicação. Retorno em 5 anos após: sendo realizado MAPA central de 24 horas: MAPA 24 horas- medidas periféricas- média: 142/70 mmHg; MAPA central 24 h - média: 110/68 mmHg, VOP: 5,3 m/s. Demais exames normais. Orientações sobre medidas de estilo de vida, sem medicação. Retorno em 10 anos sendo realizado MAPA central de 24 horas: MAPA 24 horas- medidas periféricas- média: 134/72 mmHg; MAPA central 24 h - média: 110/68 mmHg, VOP: 5,4 m/s. Demais exames normais. Orientações sobre medidas de estilo de vida, sem medicação.

Conclusões: Relatamos um caso de um indivíduo jovem, com medidas isoladas e em MAPA de 24 horas, com elevação da pressão sistólica, que realizou medidas isoladas e de 24 horas da pressão aórtica central que demonstrou níveis normais, e seu acompanhamento clínico após 1, 5 e 10 anos, mantendo o mesmo comportamento pressórico. Diante da ausência de lesão de órgão alvo, considerando a Espúria hipertensiva uma variante benigna da Hipertensão Sistólica Isolada, optamos por não iniciar tratamento farmacológico, mantendo seguimento clínico rigoroso e orientações sobre estilo de vida.

ACROMEGALIA E HIPERTENSÃO ARTERIAL: CASUALIDADE OU CAUSALIDADE? INSIGHTS A PARTIR DE RELATO DE CASO.

GRANDINO, I F (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SCARMEL, I C (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), GONÇALVES, M S (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), COLOMBO, F C (INSTITUTO DO CORAÇÃO - HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL), LAURINAVICIUS, A G (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A acromegalia é uma doença endócrina rara causada por adenoma hipofisário secretor de Hormônio do Crescimento (GH), cursando com aumento dos níveis plasmáticos de GH e, conseqüentemente, do Fator de Crescimento Semelhante à Insulina-1 (IGF-1). Ambos os hormônios exercem importantes atividades regulatórias no sistema cardiovascular (CV) que é o principal responsável pelas complicações clínicas da síndrome. O relato de caso a seguir expõe diversas dessas complicações. **Métodos:** Relatamos caso de paciente do sexo feminino, 47 anos, branca, tabagista, sem outras comorbidades, que procurou atendimento por cansaço progressivo, associado à dispneia aos esforços e edema de membros inferiores. **Resultados:** O ecocardiograma transtorácico confirmou dupla lesão mitral grave, com predomínio de estenose, tratada cirurgicamente com implante de prótese mitral biológica. Cinco anos após, a paciente desenvolveu hipertensão arterial (HA) estágio 1, tratada com Hidroclorotiazida. Concomitantemente relatou cefaleia, perda visual bitemporal, separação dos dentes, aumento de extremidades (com necessidade de aumentar numeração dos sapatos) e língua. Com suspeita clínica de acromegalia, foi submetida a investigação que evidenciou elevação de níveis plasmáticos de GH e IGF1 e lesão expansiva intrasselar identificada por ressonância magnética nuclear. Iniciou-se tratamento com Bromocriptina. Nesse período a paciente interrompeu o uso da medicação anti-hipertensiva, mantendo controle adequado da pressão arterial. No entanto, três anos depois, foi constatado novo aumento dos níveis de IGF-1 para 785mcg/L (VR <225mcg/L) e GH para 36,8mcg/L (VR <8mcg/L) e a Bromocrip-

tina foi substituída por Octreotida. Nesse momento foi necessário reinstaurar e incrementar progressivamente o tratamento para a HA, pois, apesar de redução dos níveis de IGF-1 para 215mcg/L e GH para 0,94mcg/L, desta vez não houve melhora dos níveis pressóricos. Ecocardiograma de controle revelou hipertrofia ventricular esquerda excêntrica, aumento biatrial importante e ectasia da raiz aórtica. Após 2 anos de estabilidade, paciente passou a apresentar síncope, com Holter 24h evidenciando flutter atrial de baixa resposta e 118 pausas >2,5 segundos, sendo indicado e realizado implante de marcapasso definitivo.

Conclusões: A doença CV é a comorbidade mais frequente e a principal causa de morte relacionada a acromegalia. O caso apresentado reúne e ilustra as principais manifestações CV da acromegalia: doença valvar; hipertrofia ventricular esquerda; bradiarritmias e HA, muito embora não tenha sido possível afastar doença reumática como etiologia da dupla lesão mitral. A prevalência de HA varia de 13 a 60% e contribui significativamente com o excesso de morbimortalidade observado. A alta prevalência de HA na população geral faz com que seja árduo discernir na prática clínica em que medida a HA é secundária a acromegalia, essencial ou mista. O controle pressórico obtido concomitantemente com a redução dos níveis plasmáticos de GH e IGF-1 indica uma associação direta destes hormônios com a HA em função do aumento da resistência insulínica, da reabsorção renal de sódio e da atividade simpática. Por outro lado, a persistência da HA após o controle hormonal obtido com o Octreotida sugere que nessa fase mais tardia, o remodelamento arteriolar tenha levado a instalação de HA primária.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E HIPERVITAMINOSE D IATROGÊNICA: UM RELATO DE CASO EVOCANDO O AFORISMA DE PARACELSO.

CAMERA, T O C (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), MUNHOZ, T S (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), NETO, T Z (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), OLIVEIRA, S A A N L D (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), PALIGA, S K G (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), GONCALVES, M S (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), COLOMBO, F C (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), LAURINAVICIUS, A G (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A suplementação de vitamina D em indivíduos sem déficit aumentou significativamente nos últimos anos. Nos Estados Unidos a taxa de prescrição aumentou 30% ao longo de 10 anos. Contribuem para o fenômeno movimentos de opinião sustentando propriedades terapêuticas não comprovadas e a percepção geral de segurança e inocuidade. **Métodos:** Relatamos um caso de intoxicação grave por vitamina D secundária a suplementação inadequada, inicialmente diagnosticada pela constatação de picos hipertensivos em paciente previamente normotensa. **Resultados:** Paciente M.C.N., do sexo feminino, 60 anos, com história pregressa de fibromialgia, osteoartrite e depressão, mantinha acompanhamento com reumatologista e uso regular de trazodona, pregabalina e duloxetine. Após dosagem em consulta de rotina (vitamina D = 39ng/mL), recebeu prescrição de suplementação oral de colecalciferol (5000 UI/dia) por tempo indeterminado. Três semanas depois, a paciente, previamente normotensa, constatou picos hipertensivos e evoluiu com prurido generalizado, dor abdominal, náuseas e vômitos. Investigação inicial revelou hipercalcemia (cálcio total corrigido 13mg/dL), injúria renal aguda (creatinina 2,3mg/dL) e hipertensão arterial (HA) confirmada em Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) de 24 horas. A tomografia de abdome não evidenciou alterações significativas e os

sintomas digestivos foram atribuídos ao quadro metabólico. A dosagem de vitamina D confirmou a hipótese de intoxicação iatrogênica e Hipervitaminose D (vitamina D = incalculável). Após internação hospitalar, hidratação parenteral, suspensão da vitamina D e medidas para hipercalcemia, a paciente apresentou melhora progressiva da função renal e remissão dos sintomas. No entanto, mesmo após a resolução do quadro, a HA persiste até o momento, sendo necessárias para seu controle duas classes de anti-hipertensivos.

Conclusões: Quase 500 anos atrás, o médico suíço Paracelso escreveu que “a diferença entre remédio e veneno está na dose”. A incidência de intoxicação por vitamina D vem aumentando globalmente, seja por erro de manipulação, erro de prescrição ou uso suplementar em altas doses. Doses acima de 4000 UI/dia em períodos prolongados ou 10000 UI/dia em períodos mais curtos foram associadas a elevação suprafisiológica do nível sérico (>150 ng/ml). O grau de intoxicação observado no caso apresentado parece desproporcional ao nível de suplementação e não podemos excluir erro de manipulação ou de uso. A associação entre Hipervitaminose D e HA é mediada tanto pela hipercalcemia como pela injúria renal. No entanto, neste caso a HA se manteve após resolução dos gatilhos iniciais, sugerindo que possam estar implicados outros mecanismos ainda não esclarecidos.

DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO RENOVASCULAR EM POPULAÇÃO VULNERABILIZADA: UM RELATO DE CASO

DE JESUS, L O (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO (UFERSA), MOSSORÓ, RN, BRASIL), DE SOUSA, R M N (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO (UFERSA), MOSSORÓ, RN, BRASIL), FARIAS, A G (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO (UFERSA), MOSSORÓ, RN, BRASIL), NOVAES, P B (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO (UFERSA), MOSSORÓ, RN, BRASIL), DE LIRA, M P (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE (UERN), MOSSORÓ, RN, BRASIL), DE OLIVEIRA, D W L (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE (UERN), MOSSORÓ, RN, BRASIL), BARBOSA, J D S (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE (UERN), MOSSORÓ, RN, BRASIL), LINS, R H P (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO (UFERSA), MOSSORÓ, RN, BRASIL), DE MEDEIROS, P D P (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE), FORTALEZA, CE, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição de alta prevalência, sendo responsável por afetar em média 30% da população adulta, o que corresponde a cerca de 1,2 bilhão de indivíduos em todo o mundo. No Brasil, estudos populacionais revelam uma preocupante taxa de controle inadequado da Pressão Arterial (PA), com apenas 19,6% dos pacientes alcançando as metas terapêuticas. A HAS pode ser classificada em dois principais subtipos: primária, abrangendo cerca de 95% dos casos e caracterizando-se pela falta de uma etiologia definida; e secundária, cerca de 5% dos casos, com etiologia conhecida. A hipertensão arterial resistente é definida quando a PA está acima das medidas terapêuticas esperadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos, com diferentes mecanismos de ação e em doses máximas preconizadas, sendo um deles, preferencialmente, medicamento diurético tiazídico. Este resumo relata o caso de um paciente do sexo masculino, 37 anos, etilista crônico, previamente hígido, sem comorbidades conhecidas e vivendo em situação de rua, admitido, em março de 2023, no abrigo do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) em Mossoró-RN, tendo apresentado elevação dos valores de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) durante sua avaliação pela equipe de saúde que prestava assistência ao local. A hipótese a ser testada foi a de HAS secundária resistente, possivelmente relacionada à estenose de artéria renal (EAR) de etiologia aterosclerótica, tendo em vista o consumo de álcool como fator de risco para aterosclerose. Este caso exemplifica os desafios no diagnóstico e tratamento da HAS secundária, destacando a importância da abordagem interdisciplinar na gestão de pacientes vulnerabilizados e com fatores de risco para a doença. **Métodos:** O paciente foi submetido a uma extensa avaliação que incluiu anamnese, exame físico e monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). Os resultados da

MRPA orientaram o diagnóstico de HAS, e a conduta inicial incluiu a introdução de Losartana, exercícios físicos e controle dietético. A terapêutica foi ajustada ao longo do tempo, com a inclusão de Hidroclorotiazida e Anlodipino, além de Fluoxetina, devido a um quadro ansioso de base agravado em virtude da dificuldade do controle da PA. O difícil controle pressórico, apesar das doses otimizadas das principais classes medicamentosas, levou à suspeita de HAS secundária, conduzindo a solicitação de exames complementares para o início de investigação e encaminhamento para avaliação especializada pela cardiologia. A avaliação posterior indicou EAR direita, desencadeando a introdução de Espironolactona e Hidralazina. **Resultados:** Os exames laboratoriais revelaram dislipidemia, o ECG demonstrou ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito e a ultrassonografia renal e o doppler de artérias renais confirmaram a estenose de artéria renal direita. Apesar das múltiplas medicações em uso, o controle pressórico não foi alcançado até a introdução da hidralazina. O paciente, atualmente, mantém sua pressão arterial dentro das metas terapêuticas, podendo ser classificado como uma hipertensão resistente controlada. Ademais, o paciente espera a realização da arteriografia de artérias renais, já agendada, para confirmação da etiologia aterosclerótica e, possivelmente, correção cirúrgica da EAR.

Conclusões: Este caso clínico destaca a complexidade do diagnóstico e manejo da HAS secundária resistente, especialmente em pacientes em situação de rua e com fatores de risco associados. A hipótese diagnóstica em questão, reforça a importância da avaliação cardiovascular aprofundada. A gestão interdisciplinar e a busca por causas subjacentes são fundamentais para o controle eficaz da HAS na população vulnerabilizada. Este caso ilustra como a atenção multidisciplinar pode levar a resultados clínicos satisfatórios.

EFEITO DO BLOQUEIO SEQUENCIAL DE NÉFRON VERSUS BLOQUEIO DUPLO DO SISTEMA DE RENINA-ANGIOTENSINA + BISOPROLOL NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO RESISTENTE, ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO (REHYS-POT)

CESTÁRIO, E D E S (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), VILELA-MARTIN, J F (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), COSENSO-MARTIN, L N (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), RUBIO, T A (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), UYEMURA, J R R (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), LOPES, V D S (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), FERNANDES, L A B (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), TACITO, L H B (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), MORENO JÚNIOR, H (UNICAMP, CAMPINAS, SP, BRASIL), YUGAR-TOLEDO, J C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A hipertensão arterial é o fator de risco modificável mais importante para doenças cardiovasculares e uma das principais preocupações de saúde pública. Dessa forma, identificar a contribuição do volume e da atividade da renina na manutenção dos níveis pressóricos poderia individualizar o tratamento, através de uma escolha mais eficaz para o controle da hipertensão arterial, seja atuando sobre o controle de volume ou no equilíbrio de sódio, seja atuando nos efeitos renais do sistema renina-angiotensina-aldosterona. O objetivo primário foi comparar o bloqueio sequencial do nefron (BSN) versus bloqueio duplo do sistema renina-angiotensina (BDSRA) mais Bisoprolol em pacientes com hipertensão resistente para observar reduções na pressão arterial sistólica e diastólica (PAS e PAD) após 20 semanas de tratamento. Foi realizado um ensaio clínico randomizado controlado, prospectivo. **Métodos:** Foi realizado um estudo prospectivo, aberto, randomizado, paralelo, de comparação entre dois regimes terapêuticos para HAR: Bloqueio sequencial do néfron versus Bloqueio duplo do sistema renina-angiotensina, com uptitração opcional do fármaco. O desenho do projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP. (CAAE nº33943014.6.0000.5415, nº 870.093) A amostra foi composta por 72 pacientes adultos com diagnóstico de hipertensão arterial resistente, atendidos no Ambulatório de Hipertensão, do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. Os participantes foram avaliados durante cinco visitas em intervalos de 28 dias. Em cada avaliação eram obtidas as

aferições de pressão arterial com média de 3 aferições. Os pacientes foram submetidos a coletas de sangue para análise bioquímica. Para avaliação da pressão arterial central e rigidez arterial utilizamos uma técnica não-invasiva, a análise do Augmentation Index (Aix) através da tonometria de aplanção, utilizando o tonômetro HEM-9000AI da marca ONROM(JAPAN). Foi aplicado teste t ou Wilcoxon para as variáveis quantitativas e teste qui-quadrado e de proporções Fischer para as variáveis qualitativas. Dados foram expressos em média \pm 1 desvio padrão (DP) **Resultados:** A média de idade foi de 55,5 anos no BSN e de 58,4 anos no grupo BDSRA + Bisoprolol ($p=NS$). Foram observadas reduções expressivas na PA de consultório em ambos os grupos. Grupo SNB, PAS diminuiu de 174,5 21,0 para 127,0 14,74 mmHg ($p<0,0001$) e PAD diminuiu de 105,3 15,5 para 78,11 9,28 mmHg ($p<0,0001$). No grupo BDSRA, a PAS diminuiu de 178,4 21,08 para 134,4 23,25 mmHg ($p<0,0001$) e PAD diminuíram de 102,7 11,07 para 77,33 13,75 mmHg ($p<0,0001$). O Monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA) também apresentou reduções significativas de PAS e PAD em ambos os grupos ($p<0,0001$). A maior redução da pressão sistólica central foi observada no grupo BSN ($p<0,005$.)

Conclusões: Em pacientes com RHTN aderente ao tratamento, SNB e BDSRA mais Bisoprolol apresentaram excelente eficácia terapêutica, embora o SNB tenha sido associado à redução precoce da PAS e maior redução da pressão sistólica central.

HIPERTENSÃO RESISTENTE NA GESTANTE: UM DESAFIO A MAIS.

FERRO, S C T (CEMISE - ONCOCLÍNICAS, ARACAJU, SE, BRASIL), LUCCHESI, C B (UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL), MEDINA, M S L (UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL), DIAS, J C M A C (UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL), FARO, L B R (UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL), ROCHA, L G D (UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL), CORREIA, H V D C (UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL), COSTA, G S T (UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL), VIEIRA, T C (SÃO LUCAS REDE D'OR, ARACAJU, SE, BRASIL), COSTA, C D S (UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU, SE, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: RELATO DE CASO - A hipertensão arterial resistente (HAR) é definida quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de 3 anti-hipertensivos de diferentes classes. **Métodos:** Relatamos o caso durante a gestação e pós-parto. **Resultados:** Gestante, 35 anos, 14 semanas (sem), feto único, maio/2022, veio do ambulatório de Cardiologia com diagnóstico de HAR e obesidade grau II. Uso de Metildopa 2g/dia e Hidralazina 25 mg/dia. Exames 2021: laboratório normal. Radiografia de tórax: alongamento de aorta. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) - pressão arterial (PA) média de 191/123 mmHg. Ecocardiograma (ECO): fração de ejeção (FE) 65%, aorta (Ao) 3.7 cm, aorta ascendente (AOa) 4,3 cm e átrio esquerdo (AE) 3,8 cm com volume 40 m/m³, leve hipertrofia concêntrica, insuficiência aórtica (IAo) leve. Scan artérias renais normal. Conduta: Metildopa 3 g/dia e Hidralazina 50 mg/dia, ainda com níveis pressóricos altos. Apresentando palpitações, iniciado Metoprolol 50 mg/dia. Julho PA: 220/120 mmHg, iniciou Nifedipina Retard 40 mg/dia, Hidralazina 100 mg/dia e Metoprolol 100 mg/dia. MAPA média 134/94 mmHg em vigília, 132/90 mmHg ao sono. Normetanefrina plasmática 468 ug/24h, catecolaminas urinárias 864 ug/24h, renina 53.4 UI/ml. Diante da gestação, não foi continuada a investigação

de Feocromocitoma (FEO). ECO/Agosto: FE 62%, strain global 11,1%, septo 1.2 cm, IAO moderada, insuficiência mitral leve, dilatação da Ao mantida. 28 sem, indicado internamento por picos hipertensivos, alta após 4 sem, faz a cesariana na 35° sem. Feto vivo normal. Voltou março/2023, em uso de Enalapril 40 mg/dia, Espironolactona 25 mg/dia, Hidralazina 50 mg/dia, Anlodipino 10 mg/dia, Metoprolol 100 mg/dia e Metildopa 1000 mg/dia, PA: 240/160 mmHg. Março: suspensos Enalapril e Hidralazina, início de Olmesartana/HCT 40/25 mg, Metildopa 500 mg/dia. Maio: PA: 210/120 mmHg. Suspenso Olmesartana/HCT, início Sacubitril/Valsartana 100 mg/dia e Indapamida 1,5 mg, Metoprolol 100 mg/dia, alondipino 10mg/dia. 16/junho: PA: 180/110 mmHg. Titulado Sacubitril/Valsartana 200 mg/dia, mantidos demais. 23/junho: MAPA leve elevação diastólica no sono. Ressonância de abdome sem FEO, angiotomografia aorta torácica/coronárias: aneurisma de AOa sem trombos/dissecção, artéria subclávia direita aberrante em origem na aorta descendente comprimindo o esôfago, clínica com dor torácica compatível com disfagia lusória. Escore de cálcio 0. Atualmente assintomática.

Conclusões: Diagnóstico de HAR é um desafio e torna-se mais difícil na gestação. A meta pressórica deve ser o objetivo primário e doenças associadas devem ser valorizadas diante do binômio materno-fetal.

HIPERTENSÃO ARTERIAL – ESTAMOS FAZENDO DIAGNÓSTICO E TRATANDO? – ANÁLISE DE UM DIA DE CAMPANHA

CESTÁRIO, E D E S (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), GARCIA, B F (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), MEASSO, C H (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), DOLCI, C E M (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), OLIVEIRA, G D E S (UNILAGO, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), VIANA, G P (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), DA SILVA, M I (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), MORANDIN, V L (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL), TELINI, W M (UNIFEV, VOTUPORANGA, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Dados da organização mundial de saúde revelam uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica em torno de 34,9% em adultos. E, dados mais recentes tem previsão de 1,5 bilhão de hipertensos até 2025. Fatores genéticos e comportamentais, como idade, raça, histórico familiar, obesidade, dieta, sedentarismo e consumo de tabaco e álcool exercem papel fundamental na gênese dessa entidade clínica. Além disso os estudos demonstram que apesar dos hipertensos terem consciência da gravidade de sua doença, mais de 40% dos que recebem tratamento não controlam a pressão arterial em níveis satisfatórios. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo, de base populacional, amostra aleatória com informações coletadas em um dia de campanha em uma cidade do noroeste paulista, com um total de 315 participantes, sendo 177 mulheres e 138 homens. Variáveis analisadas: sexo, idade, peso, etnia; três aferições de pressão arterial (sistólica, diastólica e média), frequência cardíaca, pressão de pulso e suas respectivas médias; diagnóstico prévio de HAS e diabetes melitus, uso de medicações anti-hipertensivas; tabagismo e etilismo **Resultados:** Média de Idade: Homens=53,99 +/- 15,57 Mulheres=53,93 +/- 16,08(NS). Para comparação das médias das variáveis entre os sexos feminino e masculino, procedeu-se aos testes de comparação de média para variáveis independentes e não paramétricas. Pelo teste de Kruskal-Wallis a 5% de significância, observou-se que há diferença significativa para praticamente

todas as variáveis, quando comparadas as médias entre ambos os sexos ($p < 0,05$). Pelo teste T, na análise da Pressão Arterial Sistólica (PAS) no grupo que referia não fazer uso de anti-hipertensivos, os homens apresentaram níveis pressóricos maiores (PAS homens=135,28 mmHg +/- 17,52 e PAS mulheres=124,20 +/- 24,82, com $P=0,001$). No grupo que referia uso de 1 ou 2 medicamentos anti-hipertensivos, homens e mulheres apresentaram PAS mais elevada (138,17 mmHg +/- 20,17) com os homens tendendo a ser mais elevado que nas mulheres. ($P=0,02$). No grupo que fazia uso de 3 ou mais fármacos anti-hipertensivos não houve diferença estatística nos níveis de PAS. Ambos apresentavam PAS mais controlada (134,34 mmHg +/- 15,64), sem diferença estatística entre os grupos ($P=0,71$). Na análise da Pressão arterial média, o grupo tratado com 3 ou mais fármacos apresentou PAM significativamente menor (PAM 1 ou 2 fármacos= 98,62 mmHg +/- 14,50 e PAM 3 ou + fármacos= 94,90 mmHg +/- 11,06)

Conclusões: Apesar do n pequeno, podemos observar nesse estudo a presença de hipertensão arterial não diagnosticada e não tratada e nos hipertensos tratados um reduzido controle dos níveis pressóricos, sobretudo nos indivíduos fazendo uso de apenas 1 ou 2 fármacos, evidenciando a necessidade de políticas de saúde voltadas para atenção básica, reforçando diagnóstico precoce e tratamento eficaz, colocando os pacientes o mais rápido dentro das metas preconizadas.

65

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO DE ETIOLOGIA ISQUÊMICA: UM ESTUDO EPI-DEMIOLÓGICO NO ESTADO DE SERGIPE.

SANTANA, R C A (UNIT-AL, MACEIÓ, AL, BRASIL), NETO, E B D O (UNIT-AL, MACEIÓ, AL, BRASIL), DA SILVA, S C T F (CEMISE, ARACAJU, SE, BRASIL), DE CARVALHO, S S (CEMISE, ARACAJU, SE, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O acidente vascular encefálico (AVE) acomete 137 a 168 a cada 100.000 brasileiros por ano, é uma emergência médica intimamente relacionada com hipertensão arterial e causa lesão neurológica que evolui para incapacidade ou morte. Este trabalho analisou a relação entre AVE e hipertensão essencial (HA) com número de internamento/óbito no período de 2018 a 2022, no estado de Sergipe. **Métodos:** Nosso estudo é uma análise epidemiológica retrospectiva e descritiva. Investigaram-se óbitos por doenças cerebrovasculares em pacientes com HA em Sergipe, de 2018 a 2022, com dados obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), considerando idade igual ou superior a 20 anos, diagnóstico de HA e tratamento, medicamentoso ou não, para controle da HA. Excluíram-se os indivíduos com HA secundária ou HA gestacional. **Resultados:** Entre 2018 e 2022, o total de internações por AVE foi de 6167 e o percentual de óbitos foi de 23,7% (1464). AVE e HA associados apresentaram 8458 internamentos e 1521 óbitos (2018-2022). Dentre os pacientes com AVE e HA, 632 apresentaram infarto cerebral, com percentual de óbito de 20,5% (130), de 2018 a 2022. Nossos achados

mostram aumento nas internações por AVE de causa isquêmica (AVEi) e outras causas (AVE outros), principalmente após a pandemia de COVID-19, enquanto o número de internações por HA diminuiu, o que pode demonstrar falha no tratamento da hipertensão, levando a quadros mais graves na admissão do paciente. Quanto aos óbitos por AVE outros, houve um pico em 2020, com queda subsequente. Já o número de óbitos por AVEi caiu ao menor índice na pandemia e ficou em relativa estabilidade em 2020 e 2021, o que pode ser explicado por uma falha na classificação da triagem diante da sobrecarga do sistema de saúde na pandemia. Por fim, a queda na internação por hipertensão e o aumento no número de internações e óbitos por AVEi, em 2022, podem ser explicados por falha no tratamento da hipertensão e melhor classificação na entrada do paciente.

Conclusões: Com base nos dados, observa-se aumento nas internações por AVEi e queda nas internações por HA, o que demonstra lacunas no tratamento. Tendo em vista os óbitos por AVEi relacionados a HA, é essencial focar prevenção, diagnóstico precoce e manejo eficaz da hipertensão, a fim de reduzir a morbimortalidade dos infartos cerebrais.

AVALIAÇÃO DA RIGIDEZ ARTERIAL E DA PRESSÃO CENTRAL EM INDIVÍDUOS PÓS COVID

PRIZÃO, V M (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), BAHNIUK, M S (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), COSTA, P H S (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), RAMIRO, G S (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), KOMAGOME, B J (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), DO VALE, D C G (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), PAULA, L D L D S (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL), OKAWA, J L B (AVANCOR CARDIOLOGIA, MARINGÁ, PR, BRASIL), OKAWA, R T P (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, MARINGÁ, PR, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A COVID 19 (Coronavirus disease 2019), doença causada pelo SARS COV – 2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), levou a uma pandemia global, com mais de 36 milhões de casos , e 695 mil morte nos Brasil, em dados de janeiro de 2023. O SARS COV – 2 um vírus RNA de fita simples, atinge principalmente o sistema respiratório na fase inicial da resposta inflamatória, com evidências demonstrando também um expressivo dano ao sistema cardiovascular humano com lesões cardíacas, arritmias e dano vascular. Um dos comprometimentos do sistema vascular encontrado na COVID 19 é a rigidez arterial, dano à camada média vascular, mediada por estresse oxidativo, inflamação, liberação de citocinas, perda de elastina, redução de óxido nítrico e acúmulo de colágeno. Sendo assim, estudos sobre os efeitos da infecção pelo Sars-Cov-2 na camada média e sua relação com rigidez arterial aumentada se fazem necessários para o maior entendimento das sequelas da COVID-19 no sistema vascular, de forma a melhorar o manejo desses pacientes. Além disso, proporcionar conhecimento a classe médica em relação ao exame de velocidade de onda de pulso, para que a estratificação de risco cardiovascular seja mais precoce e precisa. Portanto o objetivo deste estudo foi avaliar a velocidade de onda de pulso e a pressão aórtica central, durante os primeiros 6 meses após a infecção pelo Covid – 19, comparando com parâmetros prévios à infecção, e correlacionar com a gravidade do quadro agudo, e marcadores de gravidade tais como troponina e BNP, com a hipótese que haveria uma piora desta variável, e uma provável melhora no decorrer dos meses. **Métodos:** Foram selecionados 114 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, em acompanhamento clínico na clínica Avancor , na cidade de Maringá, estado do Paraná, com exame de avaliação da rigidez arterial , velocidade de onda de pulso, e pressão central previamente à infecção pelo SARS- COV -2 . Dados demográficos, gravidade da infecção aguda , troponina, BNP, foram avaliados. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética envolvendo Seres Humanos- COPEP, da Universidade Estadual de Maringá, Número do Parecer: 5.779.058. **Procedimentos:** Dados prévios à infecção por SARS- COV 2 foram coletados, assim como dados após 30 dias, 3 meses e 6 meses após a teste positiva para SARS- COV 2. Foram avaliados com história clínica e exame físico , além do uso de medicações contínuas. Realizada a medida da velocidade de onda de pulso , com aparelho Dyna MAPA (Cardios- São Paulo), método oscilométrico, com braçadeira adequada no braço direito, com 3 medidas com intervalos de 1 minuto entre as medições. As variáveis: velocidade de onda de pulso (VOP), AIX @HR75, pressão sistólica braquial e central, pressão diastólica braquial e central, foram analisadas. Os valores de referência e normalidade adotados foram os publicados com dados brasileiros e com o mesmo equipamento. Foram descritas as características quantitativas de todos os pacientes com uso de medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo) e as características qualitativas foram descritas com uso de frequências

absolutas e relativas . As alterações nos parâmetros de pressão foram descritos segundo gravidade do Covid, alteração de troponina e BNP a cada momento de avaliação e comparadas isoladamente segundo cada fator e momento com uso de equações de estimação generalizadas (EEG) com distribuição binomial e função de ligação logito, assumindo matriz de correlações permutáveis entre os momentos de avaliação , os mesmos modelos foram realizados para avaliar conjuntamente a relação dos fatores e momentos de avaliação nas alterações dos parâmetros de pressão. As análises foram realizadas com uso do software IBM-SPSS for Windows versão 22.0 e tabulados com uso do software Microsoft-Excel 2013 e os testes foram realizados com nível de significância de 5%. **Resultados:** As alterações de AIX, PASP e PADP apresentaram comportamentos estatisticamente diferentes dos pacientes conforme a gravidade do Covid ao longo dos momentos de avaliação (p Interação < 0,05), já as alterações no VOP, PASC e PADC apresentaram diferenças segundo gravidade do Covid independente do momento de avaliação (p Gravidade < 0,05) e também diferiram ao longo dos momentos de avaliação independente da gravidade do Covid (p Momento < 0,05). As alterações nos parâmetros de pressão diferiram estatisticamente ao longo dos momentos de avaliação independente da alteração da troponina (p Momento < 0,05) e também apresentaram diferenças estatisticamente significativas segundo alteração da troponina independente do momento de avaliação (p Troponina < 0,05), exceto PASC e PADC, que não diferiram entre pacientes com e sem alteração de troponina (p Troponina = 0,215 e p Troponina = 0,220 respectivamente). Pacientes com gravidade moderada do Covid apresentaram chance de alteração no VOP 5 vezes a chance de pacientes com gravidade leve do Covid (p = 0,019) e houve aumento da chance de alteração no VOP conforme os momentos de avaliação de 2,85, 3,02 e 2,40 vezes respectivamente em 30 dias, 3 meses e 6 meses em relação ao paciente no pré (p < 0,001), independente das demais características avaliadas. A alteração na troponina e no BNP não influenciaram estatisticamente na alteração do VOP quando avaliada conjuntamente da gravidade do Covid (p = 0,214 e p = 0,139 respectivamente). Pacientes com gravidade do Covid moderada e grave apresentaram chance de alteração na PASP altíssimas em relação ao paciente com Covid leve (OR = 55,42 e OR = 126,47 respectivamente) (p < 0,001), a chance de alteração na PASP foi 90% menor em pacientes com alteração do BNP (p = 0,018) e houve aumento na chance de alteração da PASP nos demais momentos de avaliação de 7,61, 3,23 e 4,98 vezes em relação ao pré (p < 0,05).

Conclusões: Concluímos que o Coronavírus contribui para o aumento da rigidez arterial e da pressão central através do processo inflamatório intenso e generalizado, que estimula as citocinas e demais vias , causando alterações na camada média e endotélio vascular. Sendo assim, esse processo infeccioso leva ao aumento da rigidez arterial e da pressão central.

67

QUESTIONÁRIO H-5: UM INSTRUMENTO PARA O RASTREIO DE CRENÇAS LIMITANTES NO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.

KELLY, F A (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), LAURINAVICIUS, A G (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SASSAKI, E M (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SOUZA, M N D (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SOUSA, M G D (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SOUZA, J B (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), CONSOLIM-COLOMBO, F M (INCOR/USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: Menos da metade dos pacientes com hipertensão arterial (HA) atinge sua meta terapêutica. A falta de adesão é apontada como a principal causa de resistência ao tratamento. Entre os motivos pelos quais os pacientes não aderem ao plano terapêutico, a falta de letramento em saúde, os mitos e as crenças limitantes (CLs) desempenham papel determinante. Reconhecer e reverter prontamente tais crenças pode ser decisivo para promover a adesão do paciente e o controle pressórico, mas faltam instrumentos que permitam esse rastreio de forma sistemática na prática clínica.

Métodos: Elaboramos um Questionário de cinco perguntas (H-5) a partir de análise exploratória das CLs mais frequentemente observadas em ambulatório de referência no tratamento da HA. Cada pergunta do H-5 explora um conjunto de CLs relativas a uma dimensão específica do tratamento anti-hipertensivo. O questionário foi aplicado a 30 pacientes com diagnóstico de HA resistente consecutivamente atendidos em ambulatório público de referência. As perguntas do H-5 são: 1. O que sentimos quando nossa pressão está alta?; 2. Qual o melhor momento para medir a

pressão?; 3. Quando podemos parar de tomar o remédio da pressão?; 4. Porque a pressão alta é um problema?; 5. Qual dessas afirmações é verdadeira sobre o estilo de vida? O formato de avaliação foi por respostas fechadas de múltipla escolha, sendo oferecidas 4 opções por pergunta.

Resultados: O H-5 foi aplicado na sala de espera antes da consulta, com tempo médio de execução de 6 minutos. A idade média dos pacientes foi $63,9 \pm 9,2$ anos (sexo feminino: 83%; IMC: $33,1 \pm 6,1$). N de anti-hipertensivos: $3,9 \pm 1,6$; PAS média de consultório: $137 \pm 17,4$ mmHg; escolaridade: 80% apenas ensino fundamental. A Nota Média foi de 3 acertos em 5 (0= 5%; 2= 20%; 3= 50%; 4= 15%; 5=20%) A taxa de acertos por pergunta (P) foi respectivamente: P1= 20%; P2= 20%; P3= 95%; P4= 80%; P5=85%. Apenas 1 a cada 5 pacientes com HA resistente demonstrou saber que a HA é uma condição assintomática ou que a pressão arterial deve ser medida em condições controladas.

Conclusões: A aplicação do Questionário H-5 foi simples e de rápida execução. 80% dos pacientes apresentou algum grau de crenças limitantes em relação ao tratamento da HA.

A JORNADA IDEAL DO PACIENTE COM HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: PROPOSTA DE ALGORITMO A PARTIR DA REVISÃO SISTEMÁTICA DAS DIRETRIZES VIGENTES.

SOUZA, M N D (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), LAURINAVICIUS, A G (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), GUN, C (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SOUZA, J B (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), KELLY, F A (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL), SOUSA, M G D (INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA, SÃO PAULO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: O Hiperaldosteronismo Primário (HP) é a principal causa de hipertensão arterial (HA) endócrina e estima-se que até 20% dos hipertensos resistentes possa ser portador da condição. Indivíduos com HP apresentam um risco cardiovascular (CV) de 4 a 12 vezes mais elevado que portadores de HA primária. Apesar disso, o HP continua largamente subdiagnosticado, em parte pela falta de padronização de triagem, diagnóstico e tratamento. **Métodos:** A partir de processo de revisão sistemática das diretrizes nacionais e internacionais de HA e HP, elaboramos um algoritmo ilustrando a Jornada Ideal do Paciente com HP. A busca foi realizada em idioma português e inglês na base MEDLINE/PubMed. Selecionamos as publicações dos últimos 5 anos. O processo foi conduzido simultaneamente por dois pesquisadores e os resultados confrontados. **Resultados:** Um total de 3.476 artigos foram triados para HA e 1.238 para HP. Após revisão e confrontação foram incluídas 22 diretrizes de HA e 9 diretrizes de HP. A partir da análise

dos documentos selecionados a Jornada Ideal do Paciente com HP foi segmentada em 7 etapas: 1-Suspeita (definidas as Red Flags); 2-Rastreio (Concentração Plasmática de Aldosterona e Renina ou Atividade da Renina Plasmática); 3-Diagnóstico Laboratorial (critérios e testes confirmatórios); 4-Diagnóstico Anatômico (exames de imagem); 5-Tratamento Cirúrgico (critérios de encaminhamento); 6-Tratamento Clínico (metas terapêuticas e ajuste posológico); 7-Seguimento (critérios e prazos de reavaliação periódica). Com o intuito de acelerar a jornada do paciente, para cada etapa foram definidos gatilhos e ações esperadas, assim como prazos ideais e prazos razoáveis.

Conclusões: Com base nas melhores evidências atualmente disponíveis e a partir de revisão sistemática das diretrizes vigentes, apresentamos uma proposta de Jornada Ideal do Paciente com HP, como modelo para a implantação de serviços especializados para o rastreio, o diagnóstico, o tratamento e o follow-up do HA.

CRISE TIREOTÓXICA COMO ETIOLOGIA RARA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR

TAHAN, G M (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), MARTÍNEZ, T P (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), CAMACHO, H (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), NOSSE, L C (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), MARGONARI, P M (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL), DE MARCO, P S (FAMERP, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP, BRASIL)

Introdução e/ou Fundamento: A crise tireotóxica é uma emergência endócrina que permanece sendo um desafio diagnóstico e terapêutico. O mecanismo inclui uma resposta aumentada aos hormônios tireoidianos associada a uma disponibilidade aumentada ou súbita dos mesmos. O diagnóstico é baseado em critérios clínicos e o tratamento deve ser iniciado precocemente para redução da mortalidade. As manifestações clínicas incluem febre alta e taquicardia desproporcional à doença subjacente. Outras manifestações bem descritas incluem palpitações, dispneia aos esforços, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, fibrilação atrial. Estudos recentes têm sugerido uma associação entre hipertensão arterial pulmonar (HAP) e tireoidopatias, sendo seus mecanismos ainda não bem estabelecidos.

Métodos: Trata-se de um relato de caso, observacional, descritivo. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 48 anos, admitida devido taquicardia, edema de membros inferiores e dispneia aos mínimos esforços. A paciente desconhecia comorbidades, porém referiu que três meses antes do ocorrido passou a apresentar palpitações, ansiedade, insônia e proptose ocular. Ao exame físico inicial apresentava-se com frequência cardíaca de 124 bpm, pressão arterial de 124 x 86 mmHg, afebril, saturando 92% em ar ambiente, com edema de membros inferiores 3+/4+, refluxo hepatojugular, turgência jugular e crepitações basais na ausculta pulmonar. Evidenciado em exames iniciais TSH de 0,01 μ UI/L e T4 livre de 7,77 ng/dL, além de ecocardiograma com fração de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de 79% e insuficiência tricúspide discreta. Preenchidos os critérios diagnósticos (escore de Burch) para tireotoxicose, associado à provável descompensação de insuficiência cardíaca de alto débito. O manejo inicial foi realizado com propiltouracil, propranolol, hidrocortisona, furosemida endovenosa e suporte em leito de terapia intensiva. No terceiro dia de internação, a paciente apresentou níveis pressóricos elevados de forma sustentada, sendo necessário uso de vasodilatador endovenoso em associação com anti-hipertensivos via oral para controle. Após estabilização

do quadro, a paciente foi encaminhada para enfermaria e iniciou desmame gradual de corticoide e ajustes de doses de tionamida e betabloqueador. Na enfermaria foi solicitado novo ecocardiograma, que evidenciou FEVE de 50%, disfunção diastólica, insuficiência tricúspide importante, sinais de hipertensão pulmonar, aumento de câmaras direitas e derrame pericárdico discreto, sendo interrogada a hipótese de hipertensão arterial pulmonar secundária a mecanismo auto-imune da tireoidopatia. Durante internação, realizadas medidas para crise hipertensiva pulmonar aguda com diuretoterapia e nitroprussiato endovenoso para manejo de congestão pulmonar associados a suporte de oxigênio via cateter nasal, sem necessidade de uso de inotrópicos. A paciente recebeu alta após melhora do quadro em uso de enalapril, espirolactona, betabloqueador e tapazol, sendo solicitado novo ecocardiograma para seguimento ambulatorial, com melhora da fração de ejeção e sem sinais de hipertensão pulmonar em novo exame.

Conclusões: A hipertensão arterial pulmonar possui diversas causas, sendo a tireotoxicose considerada uma etiologia rara, que possui elevado grau de mortalidade se não reconhecida precocemente. Os distúrbios cardíacos da crise tireotóxica podem afetar os pulmões de duas maneiras: insuficiência cardíaca de alto débito ou dilatação da artéria pulmonar, possivelmente acompanhada por HAP. O tratamento consiste em vários medicamentos, cada um com um mecanismo de ação diferente, incluindo betabloqueador, tionamida, solução de iodo e glicocorticoide. No caso dos pacientes com HAP associada a tireoidopatia, com tratamento adequado do hipertireoidismo, após repetido o ecocardiograma, podem apresentar melhora dos sinais de hipertensão pulmonar após o tratamento da causa base. O relato deste caso mostra-se interessante devido o diagnóstico rápido da HAP e a comprovação de sua instalação da maneira aguda já que a paciente possuía ecocardiograma recente sem sinais de HAP e, com o tratamento adequado da causa base, um desfecho favorável foi obtido.

